

DES ADHÉRENCES
DANS LES
KYSTES DE L'OVAIRE
ET DE
L'OVARIOTOMIE INCOMPLÈTE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Mardi 28 Janvier 1890

PAR

Alphonse-Dominique BRAUN

Né le 19 Mai 1867, à Sarreguemines (Lorraine)

MÉDECIN STAGIAIRE AU VAL-DÉ-GRACE

Examineurs : { MM. WEISS, *Président*.
GROSS, professeur.
E. PARISOT, professeur adjoint.
ROHMER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE
1890



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0024

DES ADHÉRENCES
DANS LES
KYSTES DE L'OVAIRE
ET DE
L'OVARIOTOMIE INCOMPLÈTE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Mardi 28 Janvier 1890

PAR

Alphonse-Dominique BRAUN

Né le 19 Mai 1867, à Sarreguemines (Lorraine)

MÉDECIN STAGIAIRE AU VAL-DE-GRACE

Examineurs : { MM. WEISS, *Président.*
GROSS, professeur.
E. PARISOT, professeur adjoint.
ROHMER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE
—
1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, A O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I O, TOURDES O ✱, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I O, TOURDES O ✱, I O, COZE ✱, I O
V. PARISOT ✱, I O, HERRGOTT ✱, I O, ROUSSEL ✱, I O, DEMANGE ✱, I O, BÉCHET, I O

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT ✱, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques..	M. FELTZ ✱, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, A O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. PARISOT, A O, professeur adjoint.
Histoire naturelle médicale.....	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histologie.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. BARABAN, A O, agrégé, chargé du cours.
Matière médicale et Thérapeutique.....	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.
	M. SCHMITT A O, agrégé, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A O.
ROHMER, A O.
BARABAN, A O.
GUÉRIN.

MM. RENÉ, A O.
NICOLAS.
VAUTRIN.

MM. SIMON.
REMY.
P. PARISOT.

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ✱, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

Nancy. — Imp. A. Nicolle, 15, rue de la Pépinière.

A LA MÉMOIRE DE MON EXCELLENT PÈRE
COMMANDANT DE CAVALERIE EN RETRAITE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDOUIN
MÉDECIN INSPECTEUR DE L'ARMÉE
DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT MILITAIRE DE PARIS

A MES PARENTS

AUX AMIS DE MON PÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

A MES CHEFS DE L'HOPITAL MILITAIRE

INTRODUCTION

Depuis les progrès de l'antisepsie les procédés d'extirpation complète des tumeurs de l'abdomen sont à l'ordre du jour. Aussi est-ce avec appréhension que nous allons parler d'une opération incomplète s'adressant au traitement des kystes de l'ovaire. Nous ne croyons pas que ce soit là un pas en arrière, l'ovariotomie incomplète rend encore des services aujourd'hui dans les opérations difficiles. Elle est d'un précieux secours dans les kystes dont l'extirpation totale est impossible par suite de connexions trop intimes avec les organes voisins.

Notre intention n'est donc pas de décrire un procédé nouveau ; notre but est plus modeste. Nous étudierons un procédé ancien non pas pour tenter de lui rendre sa vogue passée mais pour chercher quelle peut être sa valeur dans l'état actuel de la chirurgie.

Indiquer les causes de ces ovariectomies incomplètes, leur mode d'exécution, leurs résultats, fournir des observations concluantes et arriver à des conclusions justes constituent une lourde tâche, beaucoup trop lourde pour nous. Aussi faisons-nous appel à la bienveillance de nos juges.

Nous sommes heureux de pouvoir, avant de commencer ce travail, adresser nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté.

Que M. le professeur Gross, que M. le professeur Weiss et M. le professeur agrégé Vautrin veuillent bien recevoir l'expression de notre reconnaissance éternelle pour les soins dévoués et bienveillants qu'ils n'ont cessé de prodiguer à mon pauvre père pendant sa cruelle maladie et pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée. Que M. le professeur agrégé Rohmer veuille bien accepter l'expression de notre sincère gratitude : c'est lui qui nous a donné l'idée première de notre sujet et c'est grâce à ses savants conseils que nous avons pu l'entreprendre ; nous lui devons mille remerciements pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée durant le cours de nos études médicales.

Nous avons aussi une dette de reconnaissance à acquitter vis-à-vis de M. le professeur Heydenreich et de M. le professeur Spillmann, près de qui, dans nos études, nous avons rencontré l'intérêt le plus sympathique durant les semestres d'externat que nous avons passés dans leurs cliniques.

Que M. le docteur Haushalter veuille bien agréer tous nos sentiments de gratitude pour les bons conseils qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer.

DES ADHÉRENCES

En étudiant les nombreuses statistiques que les chirurgiens ont publiées sur les kystes de l'ovaire, on est frappé des rapports fréquents qui existent entre un kyste et les organes environnants. On remarque, d'autre part, que si une ovariectomie a été d'une exécution difficile, si elle a été d'une longue durée, cela tient bien souvent à ce que des adhérences s'opposaient à la décortication facile du kyste ; enfin que si l'opération a été suivie de mort c'est qu'il y a eu des accidents consécutifs souvent en rapport avec la présence d'adhérences.

En raison de l'importance de ces adhérences, tant au point de vue de l'opération elle-même que des suites de cette opération, nous avons pensé faire leur étude : étude essentiellement pratique qui nous permettra d'étudier à leur suite le traitement spécial de certaines tumeurs que l'on ne peut extirper par les procédés ordinaires : je veux parler de l'ovariectomie incomplète.

Nous n'insisterons pas sur l'étude anatomo-pathologique des adhérences ce serait l'objet d'un travail spécial que nous n'entreprendrons pas et nous aborderons

de suite l'exposé des différentes variétés d'adhérences.

On donne le nom d' « adhérences à l'union vicieuse ou accidentelle de surfaces contiguës. Elles sont le résultat de l'ensemble des phénomènes désignés depuis Hunter sous le nom d'inflammation adhésive » (1). La première condition de l'adhésion est la chute de l'épithélium. Si l'épithélium est facile à détacher, s'il ne forme qu'une seule couche, la membrane sous-jacente contractera des adhérences avec plus de facilité que si une couche épithéliale solide la recouvre. Les kystes de l'ovaire répondent très bien à cette condition et il ne faut pas chercher ailleurs l'origine première des connexions intimes qu'ils contractent avec les organes du voisinage. Waldeyer (2) attache lui aussi une grande importance à l'épithélium qui revêt l'ovaire. « Deux surfaces séreuses adhèrent facilement entre elles ; mais, pour que des surfaces épithéliales contractent des adhérences, il faut que l'épithélium de la muqueuse ait été complètement détruit. Aussi n'est-ce qu'après destruction de l'épithélium cylindrique par suite des frottements, du volume, de l'ancienneté du kyste qu'apparaissent les adhérences. »

Différentes variétés d'adhérences. — Avant d'étudier leur siège, nous établirons avec M. Terrillon (3), deux grandes variétés :

1^o Les adhérences par inflammation.

2^o Les adhérences par infiltration.

(1) Cornil. — In Dictionnaire de Dechambre. Adhérences.

(2) Waldeyer. — Des tumeurs épithéliales Archiv. Gynæcog. Berlin, 1870.

(3) Terrillon. Revue de chirurgie, 1884.

(3) Terrillon. Leçons de clinique chirurgicale, 1889.

Tandis que les premières sont le résultat simple d'une péritonite localisée, de la chute de l'épithélium du kyste sous l'influence d'un processus irritatif; les adhérences par infiltration au contraire sont plus complexes. En plus du processus irritatif il faut tenir compte de la situation du kyste et de son développement. S'il se développe entre les feuillets du ligament large, il peut déprimer un cul de sac latéral, repousser l'utérus, comprimer l'uretère, ou la vessie. S'il s'incline en arrière vers l'excavation sacrée, il repousse l'intestin, passe sous le mésentère, contracte des adhérences avec les gros vaisseaux de la région.

Le mécanisme de ces adhérences est facile à comprendre : L'ovaire occupe le bord supérieur du ligament large. Il est enveloppé par le péritoine de toutes parts excepté au point où il reçoit les vaisseaux. S'il augmente de volume, il perd ses rapports avec le ligament large. Dans d'autres cas plus rares, le kyste se développe à la fois dans l'abdomen et entre les feuillets du ligament large.

La même différence se poursuit dans leur traitement, tandis que les adhérences inflammatoires peuvent presque toujours céder aux efforts du chirurgien, les adhérences par infiltration sont des plus difficiles à traiter, et quelquefois il faut en venir à l'opération dont nous parlons plus loin : je veux dire l'ovariotomie incomplète.

Siège des adhérences. — Le siège des adhérences est multiple, et tous les organes contenus dans l'abdomen et le petit bassin peuvent présenter des connexions

adhésives plus ou moins intimes avec le kyste, plus ou moins solides, suivant qu'elles sont plus ou moins anciennes, et partant plus ou moins faciles à détacher.

Connexion des kystes avec l'utérus. — L'utérus est déformé par les kystes de l'ovaire, ces modifications varient avec la situation et le volume de la tumeur.

Comme l'a établi Quenu (1) dans sa thèse sur l'étude anatomo-pathologique des kystes ovariques, il y a différentes périodes dans l'influence du kyste sur la position de l'utérus. Au début l'ovaire kystique plus pesant tombe dans le petit bassin et entraîne l'utérus en retroflexion. Puis la tumeur s'accroît, s'élève dans la cavité abdominale et ramène l'utérus dans sa position première ; en dernier lieu, l'utérus est attiré en haut suffisamment pour que le museau de tanche s'efface et que le doigt ne puisse plus constater ses déviations. Cruveilhier dit avoir observé une malade chez laquelle l'utérus avait été entraîné en haut et à gauche et avait subi dans la moitié gauche de son corps un allongement considérable.

Mais si l'utérus peut être déplacé par suite d'adhérences avec un kyste ovarique, la même cause peut déterminer des enclavements de l'utérus dans le bassin. La matrice dans ces cas est immobile et le toucher du col ne permet pas d'imprimer des mouvements soit latéralement soit de bas en haut.

Rapports avec la paroi abdominale. — Souvent le kyste est libre d'adhérences avec la paroi abdominale.

(1) Quenu. Thèse Paris 1881

Mais il y a des cas relativement fréquents où il se fait des adhérences en nappe, facilement décollables, quelquefois même elles sont tellement solides que le début de l'opération est accompagné de grandes difficultés.

Nous dirons ultérieurement quels signes permettent de faire le diagnostic de ces adhérences.

Rapports avec la vessie. — Dans quelques observations, on trouve que le kyste adhérerait intimement au réservoir urinaire, au point de nécessiter une résection du kyste autour de la vessie. Cette complication est à redouter, car l'opérateur s'expose à ouvrir la vessie et à déterminer tous les accidents de l'infiltration urineuse. En général les plaies de la vessie sont moins graves que celles de l'intestin, et on cite des cas de guérison rapide ; témoin l'observation suivante :

OBSERVATION.

Mme W., âgée de 56 ans, fut opérée pour un kyste de l'ovaire, par le docteur Atlée (1). En voulant séparer la paroi du kyste de celle de la vessie, il s'est fait une déchirure de celle-ci d'où est résulté un orifice permettant l'entrée du petit doigt. Une assez grande quantité d'urine s'est échappée dans la cavité abdominale. Pour obtenir l'occlusion de la déchirure, on a invaginé les lèvres de la plaie. Ensuite on a traversé toute l'épaisseur de l'organe de chaque côté de l'orifice par une aiguille. Le même fil de soie a été passé dans chacune des aiguilles et celles-ci furent alors retirées, entraînant chacune une des extrémités du fil. Le fil était donc disposé autour de l'orifice vésical comme le cordon d'une bourse autour de son ouverture. On a ensuite lié les deux extrémités du fil.

(1) W. Atlée. -- The American journal of the Medic. Sciences. -- Janvier 1881, page 119.

La cavité péritonéale a été soigneusement lavée et les lèvres de la plaie réunies comme à l'ordinaire. La malade a uriné par les voies naturelles. L'urine était claire, sauf à la fin de la miction, où elle était teintée de sang. Une sonde fut introduite dans la vessie le lendemain de l'opération et laissée en place pendant deux jours. A partir de ce moment, aucun phénomène à signaler du côté de la vessie. Les suites de l'opération ont été très simples et la malade a pu quitter l'hôpital, dix-neuf jours après l'opération. »

Pozzi (1) cite aussi plusieurs cas de blessures de la vessie survenues dans des opérations de kystes de l'ovaire, il est d'avis que sans être absolument grave, c'est toujours un accident fâcheux.

Rapports avec l'intestin. — Les anses de l'intestin grêle pouvant affecter avec la tumeur des rapports très variables, il en résulte des adhérences bien souvent inexplicables. Il existe des adhérences simples que l'on explique facilement par le frottement de l'intestin avec le kyste, mais comment comprendre ce qui s'est trouvé dans une observation relatée plus loin ? La masse kystique née à droite, avait englobé deux anses d'intestin grêle. Reste à savoir si les anses d'abord adhérentes n'avaient pas été contournées par le kyste ou si le kyste avait englobé les deux anses de l'intestin ? D'autrefois le kyste adhérent peut déterminer l'obstruction intestinale et cela de deux façons, soit par une compression qui s'exerce surtout sur le rectum, soit en provoquant la formation de brides, causes consécutives d'étranglement.

(1) Pozzi. — Annales des maladies des organes génitaux urinaires. — Mai 1883.

Observation d'Hayem (Société anatomique 1868).

Kyste de l'ovaire avec adhérences multiples, ayant comprimé le rectum, signe d'étranglement interne, dilatation énorme du gros intestin. Le kyste, cause de cette compression est un kyste de l'ovaire gros comme un œuf de poule. Ce kyste occupe la cavité du petit bassin, il est maintenu au rectum par des adhérences anciennes et résistantes.

En raison de la faible épaisseur des parois de l'intestin il peut arriver des déchirures lors de la rupture des adhérences. Ces accidents heureusement sont fort rares car ils nécessitent la suture de l'intestin, opération dont le succès n'est pas toujours assuré. Jusqu'à nos jours la plaie de l'intestin a entraîné une mort rapide pour l'opérée : Gillette a publié un cas de ce genre. Olshausen (1) pose en principe qu'il faut toujours faire et de suite la suture de l'intestin ; lorsque la plaie de l'intestin est très grande il conseille de faire la résection de la portion blessée.

Protheroe Schmith (2) a fait dans un cas un anus artificiel en suturant la portion lésée à la paroi abdominale ; on ferma plus tard cet anus contre nature.

On comprend facilement la nécessité de ne pas toucher à l'intestin dans une ovariectomie et cependant quelquefois cet accident se produit lors même que le chirurgien a prêté toute son attention pendant ce temps délicat de l'opération.

Quant aux connexions du kyste avec le foie et les

(1) Olshausen-Deutsche chirurgie Band 58 p. 324.

(2) Schmith (Lancet, mars 4, 1871).

os du bassin, leur importance n'est pas capitale. On peut en général les détacher, cependant lorsque la vésicule biliaire se trouve prise dans les adhérences, les dangers de l'opération sont plus grands car on sait la funeste action de la bile sur le péritoine si la vésicule vient à être rompue.

Signalons encore les connexions d'un kyste avec l'uretère. Les complications en sont sérieuses et il suffit pour s'en convaincre de lire l'observation suivante due à la pratique de M. Terrillon.

(1). Observation. — Kyste de l'Ovaire infiltré dans le ligament large. Compression de l'Uretère. Commencement d'Hydronéphrose. Mort par urémie avant l'opération.

Femme âgée de 52 ans. Elle portait depuis 2 ans un kyste de l'ovaire. L'utérus entraîné en haut semblait adhérent à la tumeur. Elle mourut dans l'espace de 3 jours d'accidents cérébraux avec hémiplégie et coma.

Autopsie. Kyste à gauche, il est développé entre les deux feuillets du ligament large. En disséquant la tumeur on la trouve très adhérente au bord de l'utérus et surtout confondue avec la paroi de l'uretère. Ce dernier comprimé sur une grande étendue est dilaté dans sa partie supérieure. Par le simple aspect de la pièce on voit que l'opération aurait été impossible par suite des adhérences contractées avec l'utérus et l'uretère et même si on avait pu faire la décortication on aurait infailliblement coupé l'uretère.

Adhérence de l'ovaire gauche avec le colon ascendant et l'appendice vermiforme.

Cette variété d'adhérences est rare et les cas en sont peu nombreux dans la littérature chirurgicale.

(1) In bulletin Soc. Chirurg. 1884 p. 212.

Schröder sur 300 ovariectomies l'a rencontrée. 2 fois.

Olshausen sur 280 7 fois.

Jentzer sur 30 1 fois.

Mais ce n'est pas en raison de sa rareté que cette variété d'adhérences présente de l'importance, mais en raison des conditions exceptionnelles dont la méconnaissance peut avoir les conséquences les plus fâcheuses.

Lawson Tait (1), raconte qu'il assista à une ovariectomie durant laquelle cet appendice accolé au kyste fut divisé. La malade mourut et le fait ne fut reconnu qu'à l'autopsie.

Schröder (2) cite un cas d'adhérence de l'ovaire gauche chez une dame, opérée pour un kyste dermoïde suppurant par un orifice de ponction. L'épiploon, adhérent est réséqué. L'opérateur arrive au pédicule partant de l'ovaire gauche après avoir décollé les adhérences avec le colon, l'appendice vermiforme et la portion iliaque du colon.

La malade sortit de l'hôpital guérie.

Schröder (3) cite encore le cas d'une malade qui portait un ovaire droit carcinomateux. Il extirpa l'ovaire, trouva l'appendice vermiculaire englobé dans le néoplasme. Il l'amputa, le sutura. La malade guérit.

Une troisième observation est celle du Dr Jentzer (4) professeur de gynécologie opératoire à Genève. L'observation de ce chirurgien mérite d'être reproduite.

(1) Lawson Tait. — Traité des maladies des ovaires, Paris 1886.

(2) Schröder. — Berlin. Klin. Wochenschrift 1882, n° 16 et 17.

(3) Schröder, loc. citat.

(4) Jentzer-Archives de Tocologie, mars 1889, p. 191.

Observation résumée.

Madame C..., âgée de 53 ans arrive à la clinique le 30 août 1888.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, menstruation normale, durée de 6 jours. Madame C..., se marie à 19 ans et accouche deux fois. Couches normales.

Jusque l'âge de 46 ans la santé est bonne. A 46 ans une péritonite l'oblige à garder le lit six semaines. Dès lors les menstrues sont irrégulières, l'écoulement de sang plus abondant est accompagné de légères douleurs abdominales. Deux ans plus tard, métrorrhagies qui ont duré six semaines. Les douleurs abdominales se sont accrues surtout du côté gauche.

L'augmentation de l'abdomen a paru dans le courant de février 1886.

État actuel. — Femme de grandeur moyenne. — Facies ovarique.

L'abdomen distendu correspond à une grossesse de neuf mois. La percussion produit un son mat dans l'hypocondre droit.

A l'examen interne, on découvre derrière la symphise, une tumeur arrondie, élastique, refoulant le col utérin en arrière et remplissant en partie la cavité pelvienne. On perçoit de la fluctuation à travers le cul-de-sac en percutant l'abdomen. La sonde utérine permet de diagnostiquer l'utérus en rétroposition et rétroversion, collé dans la concavité du sacrum. On ne sent pas de pédicule. Adhérences probables.

Opération. — Le 2 septembre nous faisons une incision abdominale allant jusqu'à l'ombilic et mettant à nu la tumeur. Il n'y a pas d'adhérences pariétales, mais on remarque, sur la partie droite du kyste et lui adhérent, un cordon de la grosseur d'une trompe de l'allope, dirigé de dehors en dedans et de bas en haut, se prolongeant jusqu'à l'incision.

On peut après avoir ponctionné le kyste, poursuivre le cordon et reconnaître en lui l'appendice vermiculaire. Pour le détacher du kyste il faut faire une dissection minutieuse, parfois fort difficile.

Après avoir décollé des adhérences très fortes entre la tumeur et le cœcum, le colon ascendant et la portion iliaque du colon on arrive au pédicule partant de l'ovaire gauche. On sectionne le pédicule. Pansement de Lister.

La malade quitte la clinique guérie un mois après l'opération.

Pour en avoir fini avec les adhérences dans les kystes de l'ovaire il nous reste à parler des rapports des kystes avec le ligament large. Aborder cette étude, la traiter d'une façon concise tout en montrant l'importance de la question nous semble téméraire après le travail érudit de M. le professeur agrégé Vautrin (1), aussi nous contenterons nous de donner son opinion ainsi que celle de M. Terrillon (2).

En dehors des adhérences proprement dites, la tumeur ovarienne peut contracter avec les parties voisines, en dehors de toute inflammation, des rapports difficiles à détruire, comme nous l'avons dit dans notre chapitre sur les adhérences par infiltration. Dans son développement le kyste a dépassé les limites de l'ovaire, il a rencontré les deux feuillets du ligament large, entre lesquels il s'est logé sans résistance. Il ne s'agit pas là de kystes franchement interligamentaires, un lobe seul du kyste évolue dans cette direction, les autres parties s'accroissent du côté de la cavité péritonéale et peuvent prendre un grand développement.

Au point de vue des difficultés opératoires il convient de faire une distinction très importante. La tumeur infiltrée dans le ligament large n'a pas de connexions

(1) Vautrin. loco citato.

(2) Terrillon, in Rev. Chirurgie 1884.

intimes avec les organes voisins ; ou bien elle adhère à l'utérus aux parois du bassin ou à l'intestin. Dans le premier cas on arrive le plus souvent à faire l'énucléation totale du kyste avec de grandes difficultés il est vrai. Dans le second cas l'opération est plus difficile encore, il arrive souvent que l'ablation totale est impossible, qu'on est obligé d'abandonner une dissection laborieusement commencée, et beaucoup d'auteurs préfèrent se résoudre à une opération incomplète.

M. Terrier (1) a fait voir nettement quelle était la cause des difficultés opératoires. L'examen anatomique de semblables tumeurs lui a démontré qu'au lieu d'un seul pédicule vasculaire, il y en a deux latéraux. Le pédicule externe est formé par les vaisseaux utéro-ovariques ; l'interne est formé par les vaisseaux utérins. Les vaisseaux se sont dilatés et servent à la nutrition du prolongement kystique infiltré dans le ligament large. Le détail anatomique nous explique la grande vitalité de ces kystes et souvent leur grand volume, grâce à l'abondance de la vascularisation et à l'apport considérable du liquide nourricier. Il est facile de comprendre comment, dans ces conditions, les sections qui, pendant l'opération, viendront intéresser ce tissu vasculaire donneront une grande quantité de sang et seront susceptibles d'amener des complications opératoires.

Un fait important à noter dans l'étude de ces kystes inclus c'est le déplacement des organes voisins de la tumeur.

(1) Terrier (Soc. chirurg. séance du 4 juin 1883)

L'utérus d'abord dévié du côté opposé au kyste, ne tarde pas à monter dans la cavité abdominale soit par le fait du développement de la tumeur, soit par le fait du développement de la partie extraligamentaire du kyste qui se développe franchement dans le ventre et tend à se maintenir au-dessus du détroit supérieur.

La vessie suit le même mouvement d'ascension, elle remonte jusqu'à 5, 10, 15 centimètres du pubis et est exposée aux blessures par les instruments qui servent à la décortication.

Quant au ligament large il s'étale à la surface de la tumeur se développe avec elle en subissant une hypertrophie considérable.

Nous n'insisterons pas plus sur les adhérences de ces kystesinclus, il y aurait là matière à une étude spéciale qui a déjà été traitée dans la thèse de M. Vautrin.

Diagnostic des Adhérences. — Nous touchons là à un chapitre qui a soulevé les discussions de tous les chirurgiens. On a donné une quantité de procédés capables de permettre ce diagnostic, on a imaginé des méthodes barbares, comme nous le verrons, à seul fin de savoir si le kyste adhérait à tel organe ou à un tel autre. Il faut bien le dire à l'avantage de la chirurgie moderne, cette question du diagnostic n'a plus l'importance capitale qu'elle avait et elle devient d'une importance secondaire aux yeux des chirurgiens les plus prudents. Il y a quelques vingt ans l'adhérence était l'écueil, les opérateurs les plus distingués redoutaient de faire une ovariectomie s'ils constataient la présence d'adhérences et dans ce cas, aussitôt l'incision

de la paroi abdominale faite, ils renfermaient l'abdomen et laissaient aux événements le soin de se charger du kyste. Laskowski (thèse Paris 1867) cite le cas de Maisonneuve qui, en 1865, à une opération d'ovariotomie a été obligé de refermer le ventre de la malade, sans achever l'opération. "

Kivisch, sur 101 opérations fut obligé de laisser dans 23 cas l'opération inachevée. Il faut le dire ces opérateurs n'avaient pas à leur disposition les procédés antiseptiques devenus d'application vulgaire à notre époque.

Aujourd'hui le chirurgien ne se donne pas la peine de diagnostiquer les adhérences ; il les détache, les déchire, les sectionne et depuis l'application du lavage du péritoine avec des liquides antiseptiques, le succès vient le plus souvent couronner l'opérateur. Nous indiquerons cependant plus loin, les dangers d'une telle méthode poussée à l'excès.

Et d'abord il n'y a pas de signes qui permettent le diagnostic certain des adhérences, il n'y a que des signes probables.

1° Lee donne le signe suivant : (1)

Lorsque les parois abdominales sont distendues les muscles droits s'écartent sensiblement et forment une fente qui n'est couverte que par les aponévroses et la peau.

Si on dit à la malade couchée, de s'asseoir sur son lit sans s'aider avec les mains, la malade fait un

(1) Spencer-Wells. -- Des tumeurs de l'ovaire 1883. (traduction française).

(2) Laskowski. -- Thèse Paris, 1867.

effort et si la tumeur est libre d'adhérences elle se précipite dans cet écartement et fait une saillie.

2° Scanzoni ausculte l'abdomen. S'il y a des adhérences on entend un bruit de frottement lorsque la malade change de place. Beaucoup d'autres chirurgiens signalent ce procédé.

3° Bright signale le bruit ou la sensation du cuir neuf, de crépitation de neige lorsque l'on palpe l'abdomen.

4° Si on évacue le kyste par la ponction et si le volume du kyste diminue en même temps que le liquide s'écoule sans que les parois du ventre se plissent et si après l'évacuation on sent une tumeur dure dans la partie inférieure du ventre, il n'y a pas d'adhérence.

5° Spencer Wells donne le signe diagnostique suivant :

« On commence par faire coucher la malade sur le dos, les épaules et les genoux légèrement élevés, l'abdomen découvert. En examinant les mouvements abdominaux pendant une inspiration profonde et une large expiration on verra le kyste ovarien s'élever et s'abaisser d'une manière synchrone avec les mouvements respiratoires. Les saillies et les dépressions qui sont à la surface du kyste permettent de se rendre compte de sa mobilité ; mais quand la surface du kyste est lisse on ne peut distinguer que les changements de position de son bord supérieur. Afin d'éviter une erreur, on déterminera par la percussion le niveau du kyste au niveau de l'ombilic, car on pourrait prendre pour un kyste mobile le colon transverse qui suit les mouvements respiratoires.

A la partie supérieure du kyste la matité s'abaisse souvent de 2 à 5 centimètres pendant l'inspiration et s'élève pendant l'expiration. Quand il existe des adhérences, on n'observe pas une pareille mobilité, au contraire le kyste et les parois abdominales se meuvent ensemble à moins que les adhérences ne soient lâches.

Si le kyste est vraiment mobile, on ne percevra aucune crépitation, tandis que les adhérences un peu longues donnent à la main une sensation de froissement, de craquement. On considérait autrefois ces deux signes comme une preuve de l'existence d'adhérences. C'est une erreur. Il arrive très souvent que l'on entend des frottements pendant un certain temps, puis qu'ils cessent sans qu'il y ait des adhérences.

L'ombilic reste indépendant des mouvements d'un kyste ovarique mobile soit pendant la respiration soit quand il est repoussé dans une direction quelconque. Mais lorsqu'un kyste est adhérent à la paroi abdominale antérieure, l'ombilic participe aux changements de position du kyste. »

Les signes diagnostiques donnés par Spencer Wells sont certainement les seuls qui ont une valeur pratique réelle. En suivant nettement les indications énoncées précédemment, on peut arriver à une certitude presque absolue.

Il y a loin des méthodes d'exploration manuelle simple de Spencer Wells à celles de Walne qui en 1843 alla jusqu'à pratiquer une incision exploratrice lui permettant de constater la mobilité du kyste ; ou de Birde qui piquait des aiguilles dans l'abdomen pensant qu'en ob-

servant le mouvement de ces aiguilles pendant l'inspiration et l'expiration, il pourrait savoir si le kyste était ou non mobile.

Olshausen (1) recommande beaucoup et décrit comme sa propre méthode les procédés de diagnostic donnés par Spencer Wells. Il affirme que les bruits de frottement perceptibles à l'application de la main que l'oreille entend sous la forme de froissement de cuir neuf prouvent de par leur existence l'absence de toute adhérence. Il n'est pas démontré pour cela que la péritonite, dont ils sont, somme toute, le témoignage, n'ait pas engendré des adhérences ailleurs.

L'expérience au contraire apprend à établir que les tumeurs qui dépassent comme volume celui d'un utérus gravide ne se trouvent jamais sans adhérences pariétales étendues. Même, la tumeur pourrait être volumineuse, il serait plus sûr de ne pas compter sur les adhérences, lorsque celle-ci s'est développée subitement.

Lorsqu'il existe une ascite plus ou moins considérable qui éloigne de la paroi abdominale antérieure toute la tumeur, on peut affirmer qu'il n'existe pas d'adhérences pariétales.

Cependant, au point de vue de ces ascites, il faut avoir présent à l'esprit qu'il existe de petites collections d'ascites entre la tumeur et la paroi antérieure de l'abdomen.

(1) Olshausen. — Krankheiten der Ovarien in Deutsche Chirurgie 1884, page 162.

Ces petites collections ascitiques très limitées sont entourées par des adhérences pariétales.

De temps en temps on peut, en se basant sur cette méthode, reconnaître avec sûreté l'existence des adhérences et concurremment aussi les endroits où les adhérences font défaut.

Olshausen (1) admet que ces petites collections d'ascite se forment après les adhérences et par une sorte d'horreur du vide dans les endroits où les parois abdominales passaient sur les sillons de la tumeur à la façon d'un pont. Cette opinion est plus ou moins passible de critique; que les adhérences soient les premières en date, cela n'a rien d'étonnant. Mais que l'ascite soit le résultat de l'horreur du vide, c'est ce qui serait à démontrer et nous croyons que d'autres causes seraient à invoquer avant celle-ci qui n'a d'original que le choix de l'expression et qui ne donne pas une explication suffisante.

La question du diagnostic des adhérences pariétales n'est donc pas exempte de difficultés, malgré tout elle paraît facile, si on la compare au diagnostic des adhérences viscérales. Dans ce dernier cas rien de certain, tout se borne à des suppositions. Le chirurgien se contente de prévoir qu'il y a des adhérences, quant à dire si elles ont lieu avec la vessie ou l'intestin, la question est trop compliquée.

Il existe cependant certains signes physiques donnés

(1) Olshausen. -- Loco citato.

par les auteurs dans le but de prévoir les adhérences viscérales.

En règle générale, l'examen de l'utérus est important. Si l'utérus est mobile, si les culs de sac du vagin sont souples, si les mouvements imprimés à la tumeur ne déplacent pas l'utérus, il y a des probabilités pour l'absence d'adhérences fortes et solides.

Kœberlé (1), cité dans la thèse de M. Vautrin (2), insiste sur l'importance du cathétérisme de l'utérus et de la vessie pour reconnaître les adhérences entre la tumeur et ces organes.

« La sonde utérine, dit Kœberlé, est à même de fournir des indications utiles sur la direction, la position de la matrice, sur la mobilité de cet organe et ses connexions plus ou moins intimes avec la tumeur ovarique. On peut en déduire l'indépendance ou les adhérences de la tumeur ovarique ».

De même le cathétérisme de l'urèthre renseigne sur les déplacements de la vessie.

Par suite de la marche du kyste qui remonte plus ou moins haut dans l'abdomen, la vessie peut remonter jusqu'à l'ombilic. Dans ce cas on trouve en général l'urèthre courbé et appliqué contre le ligament sous-pubien et la sonde pénètre très avant dans le réservoir urinaire.

Quant aux adhérences avec le foie, l'intestin, le bassin les signes physiques ne permettent pas leur diagnostic.

(1) Kœberlé. Diction. Jaccoud T. XXV, p. 532.

(2) Vautrin. Des kystes de l'ovaire interligamentaires p. 81.

Spencer Wells (1) dit bien que on peut quelquefois reconnaître les adhérences d'une anse intestinale quand celle-ci reste toujours attachée au même point du kyste. Mais il est bien difficile de reconnaître que c'est toujours la même anse intestinale qui adhère au kyste et même de reconnaître qu'une anse intestinale adhère au kyste.

Schultze (2) indique un procédé de diagnostic qui peut donner d'utiles renseignements sur les connexions viscérales d'une tumeur ovarique. Il anesthésie la malade, applique une main sur la paroi abdominale, introduit une partie de l'autre main dans le rectum et le pouce dans le vagin. Cela fait, un aide attire la tumeur vers le thorax et la laisse retomber. Le chirurgien se rend compte des parties entraînées dans le déplacement, le procédé nous semble capable de donner quelques résultats mais il présente l'inconvénient de nécessiter l'anesthésie et des manœuvres difficiles à exécuter et à supporter.

Castaneda (2) dans sa thèse sur les kystes paraovariques cite un procédé employé par Næggerath. Nous devons dire d'avance que la méthode de cet opérateur n'est suivie par aucun chirurgien français. Næggerath dilate d'abord l'urèthre jusqu'à ce qu'il permette l'introduction de l'index. L'index de l'autre main est glissé dans le vagin ou dans le rectum, de sorte que il est possible de se rendre compte par ce procédé des adhérences du kyste avec les organes du petit bassin.

(1) Spencer-Wells. Loco citato.

(2) Schultze. Centralblatt für gynek. 1879.

(3) Castaneda y triana. Thèse Paris 1882.

Nous ne parlerons que pour mémoire d'une méthode préconisée par Walsham (1) et citée encore par Castaneda. Walsham conseille d'introduire l'avant-bras jusqu'au coude dans l'intestin. Il y a ainsi possibilité de vérifier des adhérences avec le rein et l'ombilic. Nous croyons certes l'auteur de ce procédé, mais nous pensons que une pareille exploration doit déterminer la rupture des tuniques intestinales et l'incontinence des matières. Cette méthode ne doit jamais être pratiquée. En résumé le diagnostic des adhérences par le mode d'exploration physique n'est pas très encourageant. Si elle donne des résultats satisfaisants quand il s'agit d'adhérences pariétales, elle reste absolument insuffisante s'il s'agit d'adhérences viscérales.

Il existe cependant un ensemble de symptômes subjectifs qui sont de nature à aider le chirurgien dans ses recherches.

Si on lit les observations d'ovariotomies éparses dans les auteurs, on trouve dans la majorité des cas que chez les femmes atteintes de kystes de l'ovaire on doit craindre la présence d'adhérences lorsque chaque soir elles présentent une élévation de température accompagnée de vagues douleurs abdominales.

Cette question a été l'objet d'une importante discussion à la Société de chirurgie. (Séance du 1^{er} octobre 1884) (2). Lucas Championnière est d'avis que les présomptions sont trompeuses. Il peut se faire en effet que

(1) Walsham. Cité par Castaneda.

(2) Bulletin de la Société de chirurgie. — Séance du 1^{er} octobre 1884.

la douleur et les poussées inflammatoires tiennent le plus souvent à des accidents de congestion ou d'inflammation du kyste lui-même sans adhérences ultérieures.

Il cite le cas d'une jeune femme qui avait eu des pelvi-péritonites bien diagnostiquées. On avait la sensation d'une tumeur immobile dans le bassin. On fit l'opération, il n'y avait pas d'adhérences.

M. Terrier (1) va plus loin, il affirme que l'existence d'une péritonite généralisée ne prouve pas qu'il y ait des adhérences. Il est vrai de dire que les douleurs éprouvées par les malades reconnaissent des causes variables : elles dépendent du volume du kyste, de l'état de nervosisme des malades, de l'inflammation du kyste et du péritoine. En présence de facteurs si différents on comprend la difficulté du diagnostic.

On peut dire cependant que des douleurs localisées en un point du ventre, l'élévation de la température au même point, un certain degré de fièvre le soir, constituent un élément important en faveur de cette présomption.

En somme le diagnostic des adhérences est chose difficile avant l'opération. Tous les chirurgiens actuels déclarent que la question est irrésolue. Les chances d'erreur sont très grandes et l'opérateur peut faire difficilement la part de chacune. Vous êtes en présence d'une femme, atteinte de kyste de l'ovaire, elle a de fortes douleurs abdominales, vous diagnostiquez péri-

(1) Bulletin de la Société de chirurgie. — Année 1884, 1^{er} octobre.

tonite et vous prévoyez des adhérences. A l'opération vous constatez l'absence des adhérences et l'inflammation de la paroi interne du kyste ou sa suppuration partielle.

Nous ne parcourerons pas toutes les observations dans lesquelles il est questions d'adhérences : il faudrait pour cela reproduire toutes les statistiques d'ovariotomies publiées jusqu'à ce jour. Nous voudrions simplement rapporter quelques cas bien en rapport avec la question que nous venons de traiter.

I. Observation résumée. — M. Sarazin (1)

Femme de 36 ans, réglée à 14 ans, mariée à 22 ans, 3 enfants. En novembre 1875 elle a senti dans le flanc gauche une tumeur globuleuse qui s'est portée dans le flanc droit. Elle a éprouvé des douleurs dans les reins.

De temps en temps la tumeur déterminait des douleurs dans le ventre pendant deux à trois jours.

L'abdomen est développé comme au 9^e mois de la grossesse. La palpation de l'abdomen donne presque partout de ces frottements doux qu'on a comparés au frottement de neige. On décide l'opération. On incise la paroi abdominale. On arrive sur le kyste. Le contenu du kyste a la consistance d'une gelée au rhum. Il y a des adhérences molles, non vasculaires, fixées à la paroi abdominale et à l'épiploon. Des adhérences plus résistantes sont séparées sans trop de difficultés dans le petit bassin. Guérison)

II. Observation de M. Polaillon. (Résumée).

Femme de 40 ans, réglée à 13 ans, mariée à 20 ans. A la palpation de l'abdomen on sent une tumeur impossible à déplacer. On

(1) Bulletin de la Société de chirurgie. Année 1873, p. 703. T. 2, Année 1876, p. 872.

perçoit très nettement un frottement doux bruit de neige, indiqué comme signe d'adhérences.

Opération. — Il n'existe aucune adhérence avec la paroi abdominale antérieure. Le kyste adhère à l'épipleon sur une assez grande étendue. Le kyste était immobilisable, comme fixé à la paroi de la colonne vertébrale, bien qu'il n'existât de ce côté, ni du côté du bassin aucune adhérence. L'immobilité de la tumeur était donc due uniquement à son grand volume.

La tumeur est enlevée. Guérison.

Nous pourrions multiplier le nombre des observations relatives aux kystes de l'ovaire et à leurs adhérences, mais sans profit. Il suffit de lire les deux observations précédentes pour se convaincre de ce fait : c'est que le diagnostic des adhérences est difficile et bien souvent ce diagnostic posé sur des signes sérieux ne se confirme pas à l'opération.

Quant à l'étiologie des adhérences elle intéresse fort peu le chirurgien. Celui-ci, en effet, dans le cours d'une opération, se trouvant en présence d'un kyste difficilement énucléable ne se demande pas quelle a été l'origine des adhérences. En effet, les auteurs sont muets à ce sujet. Nous croyons cependant que trois facteurs ont ici leur importance, ce sont :

- 1° Les ponctions antérieures ;
- 2° Les poussées de péritonite localisée ;
- 3° La torsion du pédicule ;
- 4° L'ancienneté du kyste.

On a constaté que, malgré l'emploi d'une aiguille fine et propre, l'orifice pratiqué dans la paroi abdominale par la ponction était resté béant et pendant le cours de l'opération, on trouvait cette ouverture oblitérée par

des adhérences qui unissaient le kyste à la paroi abdominale.

En général, il n'y a pas là un inconvénient sérieux pour la suite de l'opération. Il est de toute nécessité que les instruments soient bien antiseptiques et il est à recommander de ne pratiquer la ponction que lorsqu'elle est nécessaire.

Polaillon (1), en citant les observations de deux malades dont il a opéré des kystes suppurés avec rupture du kyste pendant l'ovariotomie insiste sur le danger de la ponction. Quelquefois l'apparence des kystes est si bénigne, qu'on ne peut pas supposer qu'ils soient suppurés. Dans ce cas la ponction n'est pas indiquée vu le petit volume de ces tumeurs, au contraire, elle peut amener des accidents redoutables.

Knowsley Thornton (2) combat la ponction exploratrice qu'il n'admet que dans les cas rares et lui préfère l'incision dans les cas douteux. Il faut, d'après lui, enlever une tumeur ovarique dès qu'elle est assez volumineuse pour devenir abdominale et distendre légèrement la paroi. Plus tard, les modifications pathologiques de la paroi du kyste peuvent en déterminer la rupture, ou former des adhérences, ou le pédicule peut se tordre. Les résultats brillants de l'ovariotomie le deviendront davantage lorsqu'on renoncera à la ponction et qu'on pratiquera l'ablation précoce des kystes

(1) Polaillon. -- Union médicale 1888 (1^{er} novembre).

(2) Knowsley-Thornton. -- Congrès de Copenhague 1884, in Rev. Chirurgie, 1884.

ovariques. Dans les opérations précoces, la malade n'est pas épuisée, le kyste n'a pas déterminé d'accidents sérieux et s'il s'est produit des adhérences, celles-ci sont molles, faciles à déchirer, d'où une opération moins pénible, moins longue, ce qui entre pour beaucoup dans les éléments du succès.

Les poussées de péritonite localisée déterminent le plus souvent des adhérences. Il ne faudrait pas dire toujours, car nous avons cité des cas où il y avait eu des poussées fréquentes de péritonite et où il n'y avait pas traces d'adhérences.

La torsion du pédicule peut être mise en cause dans le chapitre que nous traitons. Témoin une observation de Duplay où une femme de 53 ans fut prise tout à coup de symptômes se rattachant nettement à la torsion du pédicule. Elle fut opérée un mois après et on constata une teinte feuille morte de la paroi du kyste, des adhérences très nombreuses avec la paroi abdominale et l'épiploon, récentes et d'une vascularisation telle que les vaisseaux des adhérences pouvaient se charger de la nutrition du kyste malgré l'interruption de la circulation dans le pédicule.

L'ancienneté du kyste doit être considérée aussi. Tous les auteurs insistent sur cette cause capitale des adhérences. Il est bien certain, en effet, que lorsqu'un kyste se développe lentement, dans les différentes phases de son évolution, par suite des frottements répétés, il acquiert des connexions avec les organes voisins. L'épithélium du kyste se desquame, c'est le premier terme du processus, aussitôt après

se produisent les adhérences qui évoluent en raison directe de l'âge du kyste. C'est en raison de ces considérations que les opérateurs modernes recommandent l'ovariotomie précoce, qui permet de mettre la maladie à l'abri des processus pathologiques qui peuvent avoir lieu ultérieurement dans la tumeur.

Pronostic des adhérences. — Les adhérences assombrissent le pronostic de l'ovariotomie. On néglige en général les adhérences pariétales, on attache au contraire la plus grande importance à celles qui sont situées dans le bassin. Le point délicat c'est de les détacher sans léser le rectum, la vessie, les uretères, les gros vaisseaux et les nerfs, et de plus quand un vaisseau donne du sang, il n'est pas facile de le découvrir pour arrêter l'hémorrhagie.

Quand il existe des adhérences intimes situées profondément, il est de toute impossibilité d'en faire la dissection pendant la vie, ce qui ne laisse pas que d'être difficile même après la mort.

En général ce n'est pas le nombre de minutes qu'a duré l'opération qu'il faut incriminer, mais la valeur et l'étendue des adhérences exigeant souvent des manœuvres pénibles et par conséquent des surfaces saignantes et absorbantes qui subsistent dans la cavité péritonéale. Il nous semble inutile de produire des statistiques à l'appui de ce que nous avançons, il suffit de voir les cas où il y a terminaison fatale pour se convaincre de ce fait c'est que les adhérences et les manœuvres opératoires qu'elles exigent sont le plus souvent la cause de la mort.

Traitement des adhérences. — Au point de vue du traitement des adhérences il convient d'établir une distinction suivant que celles-ci sont :

Molles et peu vasculaires,

Molles et vasculaires,

Fibreuses.

Lorsque les adhérences sont molles et peu vasculaires le manuel opératoire est bien simple, il suffit de les détacher avec le doigt ou le manche d'un bistouri. Il n'y a pas nécessité de poser des ligatures, s'il y a un peu d'hémorrhagie on touche la surface saignante au thermo-cautère.

Si l'adhérence, tout en restant molle, est vasculaire, il y a nécessité de la couper entre deux ligatures, après avoir essayé de détacher le plus possible sans l'aide des instruments.

Si enfin les connexions, qui relient le kyste aux organes voisins, sont fibreuses, le traitement devient délicat. Il arrive quelquefois, qu'il n'y a pas du tout de vaisseaux volumineux dans ces surfaces adhésives; dans ce cas il est tout indiqué de faire la dissection des adhérences. Mais lorsqu'il y a eu un développement excessif des vaisseaux et que ceux-ci forment le long de la paroi de la poche de véritables sinus sanguins, il est bien difficile de formuler un traitement. Nous croyons que, dans ce cas, il convient de faire la section des adhérences entre deux ligatures et des applications de thermo-cautère sur les surfaces saignantes. Si une telle conduite ne suffit pas à arrêter l'hémorrhagie et que la malade perd beaucoup de sang, il est bon de ne pas

pousser plus loin l'opération et de suivre un traitement moins dangereux pour l'opérée. Nous signalons plus loin quels accidents peuvent suivre la dissection des adhérences poussée à outrance, lorsque celles-ci sont très solides et très vasculaires.

Nous avons vu brièvement la conduite à suivre dans le cas de kystes simplement adhérents, voyons si elle s'applique aux kystes inclus.

Lorsque la poche est incomplètement incluse on peut lui appliquer les méthodes décrites précédemment et à l'aide de manœuvres douces et patientes, d'attouchement des surfaces saignantes au thermo-cautère et de quelques ligatures, le décollement des brides pourra être obtenu.

Dans le cas de kystes à inclusion complète les mêmes procédés s'appliquent au traitement des adhérences. Olshausen recommande d'inciser le péritoine vers la base de la tumeur. De cette façon l'hémorragie est moins considérable et l'énucléation plus facile. Le grand danger que comporte l'énucléation des kystes inclus ; c'est la suppuration de la cavité qui résulte de l'enlèvement de la tumeur. On ne peut pas faire la suture des feuillets, parce que les surfaces ne sont pas disposées pour une réunion et que, par suite des tentatives de décollement, les tissus sont peu propres à une cicatrisation immédiate. La suppression d'une tumeur volumineuse de l'abdomen favorise, par la décompression, l'exsudation de sérosité qui peut facilement passer à la suppuration.

Dans ce cas il faut surveiller attentivement le cul de

sac de Douglas dans lequel s'accumulent les produits des sécrétions et il est bon de faire, comme l'a indiqué Martin (1), le drainage de ce cul de sac par la voie vaginale de façon à frayer une voie à l'extérieur aux sécrétions des surfaces saignantes. Ce chirurgien conseille aussi de suturer la surface de la plaie dans la profondeur du bassin à l'aide de points de cordonnier et d'appliquer sur la région mise à découvert des lambeaux de séreuse ou l'utérus lui-même. Cette pratique n'est pas admise par tous les opérateurs et il est prudent de ne pas se prononcer à ce sujet.

Après avoir étudié brièvement les adhérences des kystes ovariens, nous en sommes à nous demander quelle conduite doit tenir le chirurgien en présence d'un kyste adhérent. Nous ne parlons pas, bien entendu, des adhérences molles et peu vasculaires, mais des adhérences fortes, fibreuses et très vasculaires. Il ne peut être question de procéder à la décortication du kyste : ce serait peine inutile. Doit-on couper les adhérences au bistouri, sculpter le kyste dans celles-ci ; poursuivre à outrance l'énucléation ? C'est là le point délicat. Dans la période actuelle de la chirurgie où la méthode antiseptique permet des opérations qui auraient été réputées audacieuses il y a quelques dix ans, la discussion est sérieuse.

En effet, le chirurgien possède de nombreuses ressources : il peut poser des ligatures en matière résorbable sur les points qui saignent ; il peut, si les dégâts

(1) Martin. — Traité cliniq. des malad. des femmes, 1889.

sont trop considérables, faire le lavage du péritoine avec de l'eau filtrée bouillie à la température de 30 à 35°C. M. Terrillon se sert de ce lavage depuis 1881 et en retire d'excellents résultats. Dans la thèse d'un de ses élèves (1) il publie une série d'observations, où le lavage a été pratiqué et les résultats ont confirmé les prévisions des opérateurs.

Malgré tout, malgré l'habileté du chirurgien, malgré la perfection des procédés opératoires, beaucoup de kystes résistent à tous les efforts que l'on fait pour les énucléer, je ne citerai, par exemple, que ceux qui poussent des prolongements dans le petit bassin qui contractent des connexions avec les organes voisins, avec la vessie, avec l'utérus, avec l'intestin et sont pour ainsi dire enclavés dans la profondeur des organes. La question est plus compliquée et comme le dit Spencer Wells (2) dans son traité des tumeurs : « il n'y a que ceux qui ont eu à affronter de pareilles difficultés qui peuvent se figurer dans quelle position pénible se trouve le chirurgien qui a mis à nu une tumeur ovarienne, l'a en partie vidée, séparée des adhérences et qui alors commence à craindre de ne pouvoir enlever complètement la tumeur. Quand on reconnaît l'obstacle au début, que le kyste a été seulement vidé et mis à nu, la malade se trouve à peu près dans les mêmes conditions qu'après une ponction.

(1). Ch. Ythier. — Thèse Paris 1888. Du lavage du péritoine dans la Laparotomie.

(2) Spencer Wells. — Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, 1883.

Et de fait l'incision fait éviter quelques dangers de la ponction, le chirurgien peut voir quels sont les vaisseaux qu'il blesse et la petite incision faite à la paroi abdominale ne fait courir par elle-même que peu ou point de danger à la malade.

Mais s'il a séparé des adhérences étendues, il est tenté de terminer l'opération, tout en s'exposant à quelques risques, convaincu que l'état de la malade ne sera guère compromis. On trouve quelquefois à l'autopsie que l'extirpation du kyste n'aurait pas présenté de difficultés si on avait continué l'opération. D'autre part l'autopsie a fait voir que certaines tumeurs n'auraient pu être enlevées pendant la vie, car elles ne pouvaient l'être après la mort que par une dissection minutieuse. »

Ces quelques lignes d'un chirurgien compétent montrent bien la situation de l'opérateur qui après avoir séparé des adhérences étendues veut terminer son opération souvent au prix de grands dangers. Nous ne voulons pas dire cependant qu'il ne faut pas rompre les adhérences et qu'il faut recourir de suite à l'ovariotomie incomplète. Ce n'est pas là notre pensée, nous ne conseillons l'ovariotomie incomplète que comme un pis aller et c'est précisément notre but de chercher à établir les cas où elle est supérieure à une dissection des adhérences poussée à outrance, et où elle permet, sinon la guérison, du moins la survie, dans des opérations qui complètes, eussent entraîné la mort de la malade.

Quelques observations prises au hasard dans les auteurs, permettront de bien se rendre compte de cette question :

Observation I. — Union médicale 1888. — 23 juin. — Kyste ovarique volumineux à gauche. — Petit kyste à droite. — Ovariectomie double. — Hémorrhagie abondante pendant l'opération. — Mort par anémie aigue. — Autopsie.

La nommée P... (Léonie), âgée de 45 ans, journalière, entre le 16 décembre 1884, salle Chassaignac, lit n° 24. Le père est mort à 78 ans de hernie étranglée; la mère est morte à 88 ans (asthme, attaques de paralysie. .

Antécédents personnels : Régée à 18 ans, menstruation toujours très régulière. Mariée à 19 ans, Madame P... devient enceinte immédiatement et accouche à terme. Quatre grossesses, la dernière à 28 ans. Menstruation toujours très régulière jusqu'à l'âge de 39 ans.

En 1878 Madame P... commença à souffrir au moment de ses règles, quelques vomissements. La menstruation devint irrégulière, retardée et se supprima enfin complètement il y a environ trois ans; la malade avait alors 42 ans. Vers la même époque (1880), le ventre augmente graduellement de volume, sans aucune douleur, sans poussées inflammatoires.

Pas de phénomènes de compression très marqués; pas de constipation, mictions fréquentes seulement lorsque la malade se lève et marche pendant quelque temps. Quelques engourdissements dans le membre inférieur droit.

Jamais de métrorrhagie; jamais de vomissements ni de fièvre.

Une ponction fut faite dans le service le 3 novembre 1884. Le trocart de l'appareil Potain fut introduit sur la ligne médiane. On retira d'abord 4 litres de liquide clair, puis à la fin un demi-litre de liquide sanguinolent. Après la ponction, le ventre est déprimé du côté droit et reste volumineux à gauche.

Vers le milieu de novembre, le service étant fermé dans l'attente des cholériques, la malade est renvoyée chez elle. Elle rentre à l'hôpital le 16 décembre 1884.

Les urines atteignent, en vingt-quatre heures, le chiffre moyen de 750 grammes, oscillant entre 500 grammes et 1000 grammes sans jamais dépasser ce dernier chiffre.

Le 12 janvier 1885 l'abdomen est dans l'état suivant :

Paroi abdominale œdématiée avec varices lymphatiques de la région hypogastrique ; développement notable des veines sous-cutanées ; déplissement de l'ombilic.

Dans le ventre existe une tumeur volumineuse, fluctuante, molle dans tous ses points, occupant l'hypogastre, l'ombilic, la moitié de l'épigastre, l'hypocondre et le flanc droits et les deux fosses iliaques. Le flanc et l'hypocondre gauches sont sonores. Pas de frottements péritonéaux.

Les culs-de-sac du vagin sont libres, sauf le cul-de-sac latéral droit où l'on sent une tumeur arrondie, siégeant probablement dans le ligament large droit. L'utérus est immobile.

Mensurations : De l'appendice xyphoïde à l'ombilic, 25 centimètres ; de l'ombilic au pubis, 45 centimètres ; circonférence au niveau de l'ombilic, 1 m. 20 cm. ; distance de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'ombilic, 32 centimètres ; de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic, 41 centimètres.

Diagnostic : Kyste multiloculaire de l'ovaire avec adhérences probables dans le ligament large droit.

L'*ovariotomie* est pratiquée le 13 janvier 1885, à 9 heures du matin. Anesthésie par le chloroforme. Incision sur la ligne médiane de la longueur d'environ 15 centimètres. Fusion de la paroi du kyste avec la paroi abdominale. Une grosse poche située à la partie supérieure et droite de la tumeur est ponctionnée et vidée par aspiration (liquide brunâtre). Pendant le décollement de la paroi du kyste adhérent à la paroi abdominale, il se produit une abondante hémorrhagie dans le kyste par rupture d'une grosse veine de la paroi qui est très vasculaire. Une pince, rapidement placée sur le vaisseau lésé, arrête l'écoulement du sang. L'hémorrhagie a cependant été assez abondante pour plonger l'opérée dans un état syncopal inquiétant. — Agrandissant alors rapidement l'incision abdominale et la prolongeant presque jusqu'à l'appendice xyphoïde, M. Terrier parvient à décoller peu à peu la paroi du kyste ; à la séparer d'abord de la paroi abdominale, puis de la face inférieure du

foie et à enlever complètement la tumeur. Celle-ci était développée aux dépens de l'ovaire gauche.

L'ovaire droit, kystique, du volume du poing, est également enlevé.

L'utérus contient dans sa paroi plusieurs corps fibreux du volume maximum d'une noix. Sutures de la paroi : dix-huit sutures profondes et deux superficielles.

Durée de l'opération : une heure dix minutes.

La malade est reportée dans son lit dans un état de prostration extrême, pouls imperceptible. Respiration presque nulle. Iris insensible à l'action de la lumière. Injections d'éther. Revenue à elle, un quart-d'heure plus tard, elle s'éteint à une heure de l'après-midi.

Le kyste se composait d'une masse polykystique du poids de 7 kilogrammes. Une seule grande poche contenait les 10 litres de liquide évacués pendant l'opération.

Autopsie le 15 janvier à sept heures du matin. Le ventre est tout à fait plat. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve accumulée dans le flanc droit une petite quantité (environ 100 grammes) de sérosité sanguinolente. Pas de péritonite, quelques ecchymoses à la face interne de la paroi abdominale.

Tous les organes sont absolument exsangues, et ne présentent d'ailleurs rien d'anormal, sauf l'utérus qui renferme des fibromes multiples.

La cause qui a déterminé la mort est un fait rare ; c'est ce qui fait l'intérêt de cette observation. Les kystes multiloculaires de l'ovaire ne donnent pas d'hémorragies graves, ils diffèrent en cela des fibromes de l'utérus.

Le sang, de cette opération, était fourni par de grosses veines rampant dans la paroi du kyste et y constituant de véritables sinus veineux. Le décollement des adhérences fort étendues donna lieu à un écoule-

ment véritablement anormal, puis la paroi d'une de s masses kystiques se déchira et un énorme épanchement de sang se fit dans la cavité kystique (1).

Observation III — in Thèse Ythier. 1888. — Kyste ovarique.
— Adhérences dans presque toute l'étendue de sa surface et surtout dans la cavité du petit bassin. — Ovariectomie. — Mort.

La nommée Marie C., âgée de 61 ans, mercière.

Entrée le 19 mars 1887 salle Lallemand n° 18, dans le service de M. Terrillon.

Antécédents. — Régulée à 19 ans. Règles irrégulières, mais non douloureuses.

Mariée à 19 ans et demi. A un enfant à 20 ans; l'a allaité.

Depuis cette époque. n'a pas eu de grossesses.

Variole à 43 ans. Ménopause à 55 ans.

Il y a dix-huit mois, la malade ressentit dans le bas-ventre des douleurs accompagnées de vomissements et de fièvre. Six mois plus tard, elle sentit dans le bas-ventre une grosseur; cette tumeur se déplaçait très facilement suivant la position de la malade.

A ce moment, un médecin a pratiqué une ponction et a retiré trois litres environ d'un liquide blanc, épais, filant.

Depuis cette époque, le ventre a grossi de nouveau et, aujourd'hui, il présente à peu près le même volume qu'il avait avant la ponction.

Etat actuel. (19 mars 1887)

Examen du ventre. — Abdomen peu développé; légèrement proéminent entre l'ombilic et la symphyse pubienne.

La moitié gauche de la région hypogastrique est un peu plus saillante.

Les parois abdominales ne présentent aucune altération.

La cicatrice ombilicale est normale.

Palpation. — Tumeur arrondie, nettement limitée, très tendue immobile à surface lisse.

(1) Union médicale, 1888. -- 23 juin. -- p. 947.

Elle est contenue en partie dans le petit bassin où elle paraît fortement adhérer.

Malgré la tension de la poche, la fluctuation est nettement constatée.

Percussion. — La matité est absolue dans la ligne médiane, de la symphyse pubienne à l'ombilic. Dans le sens transversal la matité s'étend à droite et à gauche à quatre travers de doigt de la ligne médiane. Les flancs sont sonores.

La percussion est partout indolore sauf en un point situé au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale droite.

A ce niveau, une palpation même très légère, éveille de la douleur.

Toucher vaginal. — Le col de l'utérus remonte et est refoulé en avant au-dessus de la symphyse pubienne. Il est absolument immobile.

La tumeur plonge en partie dans le petit bassin; aussi les culs-de-sac sont-ils effacés.

Le doigt ne peut communiquer aucun mouvement à la tumeur.

Troubles fonctionnels. — Ils sont assez marqués malgré le petit volume du kyste. Dans les six derniers mois qui ont précédé son entrée à la Salpêtrière, cette malade a éprouvé des picotements et des engourdissements dans les membres inférieurs. Ces phénomènes douloureux étaient prononcés dans la cuisse droite; ils augmentaient d'intensité sous l'influence de la fatigue et de la marche.

Depuis la ménopause qui date de six ans, la malade n'a éprouvé ni hémorrhagie, ni perte blanche.

Les phénomènes de compression sont très marqués du côté du rectum.

La malade ne va à la garde-robe que grâce à des lavements.

La miction est fréquente. La malade urine toutes les deux heures dans la journée et se lève trois fois la nuit; il n'y a ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Les autres organes de l'économie ne présentent aucune lésion.

L'état général est satisfaisant. Néanmoins la malade prétend avoir maigri de vingt kilos depuis un an.

Opération. — Le 20 mars 1887 par M. Terrillon.

Durée de l'opération. Une heure un quart.

Incision péloéminale de six centimètres.

Perte de sang. Issue de trois litres et demi d'un liquide brun, couleur chocolat.

Pas d'adhérences du kyste à la paroi au niveau de la ligne médiane.

Adhérences au péricome au niveau de la fosse iliaque droite. Ces adhérences sont très solides, peu vasculaires. Adhérences à toute la paroi péloéminale de l'ovaire. Elles sont très vasculaires, se déchirent facilement et produisent un suintement hémorrhagique très abondant, qui nécessite leur cautérisation au thermo-cautère. Toute la portion du kyste incluse dans le petit bassin adhère fortement aux parois de cette cavité et pendant un instant M. Terrillon doute de pouvoir rompre les adhérences.

Cette décortication du kyste est accompagnée de dégâts considérables et a fourni un suintement hémorrhagique abondant.

Lavage du péritoine à l'eau bouillie : quatre litres environ sont employés.

Les dégâts de l'opération ont été très considérables et dans la crainte qu'un suintement hémorrhagique ne se produise, deux gros drains du volume du petit doigt plongent dans la cavité pelvienne.

Suture de la paroi abdominale : six points de suture profonds et quatre superficiels.

Pansement à la gaze iodoformée. Ouate. Ceinture de flanelle.

Examen du kyste. — Kyste à parois très épaisses.

Une seule poche. Pas de végétations sur la face interne.

Suite. — Le 26 mars, au soir, temp. 38°.

Le 27 mars. — La malade est plongée dans le collapsus. — Pâleur de la face. Pouls petit et fréquent.

Le 28 mars. — Mort.

Autopsie. — Lésions de la péritonite. Dans le petit bassin un peu de liquide sanguin ; pas de pus.

Les viscères n'ont pu être examinés.

Observation. — M. Terrillon.

Femme de 55 ans. — Début il y a trois ans. — Avait eu des symptômes de péritonite. — Il s'agissait d'un kyste multiloculaire immense adhérent à la paroi et dont une partie était incluse dans le ligament large. La décortication de cette partie s'accompagna de perte de sang abondante. Après la décortication il restait une cavité artificielle formée par les débris du ligament large, tellement vasculaire qu'il fallut laisser douze pinces au fond de cette plaie et bourrer tout de gaze iodoformée.

Malade morte d'épuisement le 2^e jour.

Observation. — M. Terrillon.

Kyste volumineux datant de deux ans. — Femme de 49 ans. Début il y a trois ans. Le kyste était tellement adhérent qu'il se rompit plusieurs fois sous l'influence des tractions. Les adhérences avec tous les organes du bassin étaient tellement saignantes, que la malade perdit beaucoup de sang.

Morte d'épuisement 36 heures après.

Observation. — M. Terrillon.

Madame P..., âgée de 56 ans, très affaiblie. Le kyste remonte à huit ans. Elle a été prise trois semaines avant son entrée à l'hôpital de péritonite avec vomissements et violentes douleurs dans le ventre. Opération. Mort.

Nous pourrions multiplier ces observations mais nous pensons qu'il est inutile d'aller plus loin. En les lisant, on se demande si dans bien des cas vus précédemment il n'y aurait pas eu avantage à renoncer à la décortication du kyste. Lorsque ses parois sont très

(1) Bulletin général de thérapeutique. -- Janvier 1888. -- Décembre 1888.

(2) Bulletin général de thérapeutique. -- Décembre 1887.

friables, lorsque les adhérences sont très fortes, qu'elles sont très vasculaires, très étendues, et que leur dissection détermine de graves hémorrhagies, on est en droit de se demander s'il n'y aurait pas intérêt à faire une opération moins difficile et partant moins dangereuse. A cela les chirurgiens répondront que, grâce à de bonnes ligatures et au lavage du péritoine, le danger peut être évité. Dans les observations que nous reproduisons, toutes ces précautions ont été prises et la mort est survenue dans de très courts délais. On ne peut pas dire que ce soit un accident. Les cas en sont trop nombreux dans les statistiques. Il faut bien le dire, la situation est perplexe pour l'opérateur, il a déjà rompu la plupart des adhérences quand il se trouve arrêté dans son travail. Il est ennuyeux pour lui d'abandonner l'opération et dans ces conditions il se laisse souvent aller à poursuivre à outrance la dissection ; souvent le succès vient encourager son audace, quelquefois la mort rapide vient lui apprendre qu'il a été trop téméraire. C'est précisément pour ces cas que nous demandons une opération moins sérieuse, qui permette une survie à la malade ; je veux parler de l'ablation partielle du kyste, de sa suture à la plaie abdominale, et de son traitement par la suppuration.

A ce sujet, Péan admet que dans l'énucléation d'un kyste adhérent on doit suivre la loi suivante : « on doit cesser toute tentative si, après un quart d'heure ou au plus une demie heure d'efforts soutenus, on n'est parvenu qu'à isoler quelques centimètres carrés de la partie adhérente ; si en même temps les surfaces séparées sont

le siège d'une hémorrhagie abondante ; enfin et surtout si on craint la blessure d'un organe important tel que la vessie ou l'intestin. Bien que dans ces cas l'impossibilité absolue de détacher les adhérences ne soit pas démontrée, on devra craindre les suites d'une opération trop longue ou d'une perte de sang trop considérable et l'on devra, séance tenante, recourir à l'ablation partielle du kyste et à sa suture à la plaie abdominale. »

Les conclusions de Péan ne peuvent être admises avec toute leur rigueur dans la situation actuelle de la chirurgie. Nous ne croyons pas que l'on puisse poser des règles de conduite si formelles. Il se peut très bien que le kyste soit très adhérent en un point limité et que cette adhérence arrête l'opérateur quand le reste de la tumeur est parfaitement libre et serait facilement énucléable. Doit-on pour cela renoncer à une opération complète ? Nous ne le croyons pas. Il faut non seulement que les adhérences soient fortes et vasculaires, mais qu'elles soient très étendues, qu'elles relient intimement le kyste à tous les organes du bassin. Dans ce cas seulement on peut tenter un procédé qui permet de respecter les adhérences qui résistent à toute tentative de traitement, on fait l'ablation partielle du kyste que nous allons étudier sous le nom d'ovariotomie incomplète.

DE L'OVARIOTOMIE INCOMPLÈTE

Aperçu historique.—L'ovariotomie incomplète a passé par différentes phases depuis son apparition dans la chirurgie jusqu'à nos jours. A l'époque où les adhérences arrêtaient les opérateurs et où on refermait le ventre de la malade lorsqu'on constatait un kyste adhérent elle a été une opération de choix. Toutes les fois que le chirurgien tombait sur un kyste adhérent il l'incisait et le suturait à la paroi abdominale. A une époque plus rapprochée, Péan (1) a beaucoup contribué à vulgariser cette opération et il en a fait une opération de prudence, tandis que Kœberlé (2) en faisait une opération de nécessité. De nos jours, l'ovariotomie incomplète a beaucoup perdu de sa vogue et c'est à peine si en parcourant les nombreuses statistiques d'opérations sur les kystes ovariques on en trouve quelques cas. En Angleterre et en Allemagne les ovariotomies incomplètes sont plus rares encore qu'en France. Il ne faut pas rechercher loin les causes de la rareté de cette opération. L'antisepsie a porté un coup décisif à toutes les opérations incomplètes.

(1) Leroy. Thèse Paris 1881, T. 14.

(2) Kœberlé. Gaz. hebdom., 1868, p. 500.

Le chirurgien, en effet, recherche des procédés d'extirpation radicale du mal et l'absence du pus ; l'ovariotomie incomplète tout au contraire n'enlève pas le mal et produit dans le kyste de la suppuration.

Aussi l'histoire de cette opération n'est pas longue à relater. Leroy dans sa thèse de 1881 a très bien tracé la marche de ce procédé opératoire et nous serons forcé de lui emprunter beaucoup, car il n'y a toujours qu'une façon d'écrire l'histoire.

De l'avis des auteurs qui ont traité de la question, c'est Ephraïm Mac Dowel de Dansville (Kentucky) qui fit la première ovariectomie incomplète (1809).

Cependant en 1737, Le Dran (1) avait déjà proposé l'emploi d'un procédé qui porte son nom. Après la ponction faite avec un trocart cannelé, on incise avec le bistouri la paroi abdominale sur une certaine étendue. Cette ouverture est maintenue béante par des mèches qui permettent l'écoulement du liquide et les injections dans la cavité kystique. On voit de suite que ce procédé a besoin, pour être employé, que des adhérences soient établies entre le kyste et la paroi abdominale, sinon il y aurait danger de péritonite mortelle, dûe au passage du liquide kystique dans le ventre.

En 1829, Galenzowki, tombant, dans une opération, sur un kyste interligamentaire adhérent, fit l'ablation partielle du kyste et le sutura à la plaie abdominale. John Clay publia plusieurs observations de cette opération (1860). Spencer Wells (1872) fit paraître deux sta-

(1) Le Dran. Mémoires de l'Académie de Chirurgie, Vol. III.

tistiques dans lesquelles il citait 7 guérisons sur 17 cas. Billroth craignait tellement l'ovariotomie incomplète que jusqu'en 1879 il n'en avait fait aucune, depuis sur douze cas il n'eut pas de mort.

En France, Kœberlé (1) fit sa première opération incomplète en 1868. Ce procédé n'obtint pas ses suffrages car il dit, quelques années plus tard, que l'excision partielle d'un kyste multiloculaire ne peut jamais donner lieu à une guérison définitive et que les kystes séreux, uniloculaires peuvent seuls guérir par cette méthode.

Après lui, Péan (2) se fit le promoteur de cette opération, il fit un nombre relativement grand d'ovariotomies incomplètes, il l'institua comme une méthode de prudence, et produisit des statistiques en faveur de cette opération.

A partir de ce jour, l'ovariotomie incomplète n'a plus d'histoire. Elle est une méthode d'exception (Kœberlé). Chaque chirurgien la fait lorsqu'il y est forcé par des conditions spéciales de développement du kyste. On ne la fait pas de parti pris, ce n'est que si l'ablation totale du kyste est impossible qu'on se résoud à faire l'ablation partielle. A ce titre seulement elle mérite d'entrer dans le cadre des opérations chirurgicales, c'est un pis-aller et non une opération de choix.

Le chirurgien qui a fait l'ovariotomie incomplète n'a pas créé un procédé ; il n'a fait qu'imiter la nature dans

(1) Kœberlé. *Gaz. hebdomad.* 1868, p. 500.

(2) Péan. *Leçons de cliniq. chirurg.* (1876-1878),

une de ses manifestations bizarres. En effet, il peut y avoir des perforations ulcératives de la paroi abdominale absolument spontanées, qui s'établissant à la longue vident le contenu d'un kyste ovarique. Ce sont là des ovariectomies incomplètes qui se sont faites à la longue, par suite d'adhérences du kyste avec la paroi de l'abdomen et l'inflammation du kyste.

Nepveu, cité dans la thèse de M^e Waite (1), signale 13 cas de ce genre, le cas le plus singulier est rapporté dans le Médic. Gazette du 15 août 1835.

Il s'agit d'une malade qui avait présenté le phénomène de perforation des parois abdominales au niveau de l'ombilic avec évacuation par cette ouverture d'une quantité énorme de liquide kystique et qui avait pris l'habitude de se faire des ponctions à cet endroit, lorsqu'elle sentait que le kyste était rempli de liquide. De pareils cas sont rares dans la science et le chirurgien n'a pas à en tenir compte.

Il pratique l'ovariectomie incomplète d'après des règles employées depuis longtemps déjà et que nous allons étudier.

Manuel opératoire. — Nous n'insisterons pas sur les différents procédés qui ont été mis en usage dans la technique de l'opération incomplète, et nous ne décrivons que le procédé actuellement suivi.

Liewen (2) excisait une partie du kyste, refermait le ventre et le rouvrait quelques jours après dans le but de

(1) M^e Waite. -- Thèse, Paris 1883.

(2) Liewen. -- Peterburgische medicinische Zeitschrift, 1873-1874, T. II, in thèse Leroy.

permettre la formation d'adhérences. Il eut un succès et deux insuccès.

Winckel (1) ponctionnait le kyste, suturait le revêtement péritonéal seul de la paroi et sectionnait la partie procidente. Il évitait ainsi de souiller le péritoine de de liquides septiques. Le procédé généralement en usage est le suivant.:

Le chirurgien, après avoir incisé la paroi abdominale et constaté que le kyste est non énucléable l'attire vers l'ouverture abdominale. Il le ponctionne avec un trocart et le vide de son contenu.

Il tâche de réséquer tout ce qu'il peut de la paroi du kyste, puis ce qui reste, il le suture à la plaie abdominale en traversant complètement la paroi du kyste et la paroi abdominale avec un fil d'argent.

Il faut que les fils soient distants environ de un centimètre de façon à établir une occlusion suffisamment complète. En général, vingt points de suture sont nécessaires. Lorsqu'on passe les fils une très petite quantité de liquide tombe dans la cavité péritonéale par les orifices de sortie de l'aiguille de suture; l'aide doit être prêt à éponger rapidement ce liquide. Une fois le kyste solidement suturé à la plaie abdominale, le chirurgien peut opérer en toute sécurité, il s'est mis en garde contre la chute du liquide dans le péritoine. Il incise alors largement le kyste dans l'espace compris entre les points de suture.

(1) Winckel. -- Path. Weib. sex. org., p. 336.

Ceci fait on procède à son lavage. On emploie à cet usage de l'eau filtrée bouillie à la température de 30°, que l'on fait passer dans le kyste jusqu'à ce que l'eau en sorte tout-à-fait limpide. On met un gros drain en caoutchouc dans la poche et on recouvre le tout d'un pansement de Lister.

Tel est le procédé employé dans les cas très simples de kystes uniloculaires, nous ne parlerons pas du mode opératoire de Récamier (1) qui, de peur de la péritonite ouvrait le kyste avec des caustiques ni de celui de Tavignot qui introduisait des épingles dans le kyste pour déterminer des adhérences.

Mais lorsque le kyste est multiloculaire, que les loges sont nombreuses, les chances de guérison sont moins grandes. Dans ce cas, il convient de rompre les différentes poches contenues dans le kyste et par ce moyen on en arrive à se trouver dans les conditions d'opération d'un kyste uniloculaire. Cette rupture des poches peut se faire sans instruments, en déchirant avec la main les cloisons des poches secondaires.

Pendant les quelques jours qui suivent l'opération il ne faut pas toucher au pansement de Lister. Lorsqu'il n'y a pas de fièvre et, c'est le cas général, on peut laisser le pansement en place pendant sept à huit jours. A cette époque il est bon de voir l'état de la plaie. Dans plusieurs opérations dont nous publions les observations, la suppuration était très minime. Mais doit-on faire à ce moment des injections antiseptiques dans la

(1) Récamier, — Revue méd. Paris — janvier 1839

poche? Il est difficile de donner une réponse catégorique à ce sujet. Dans l'observation que nous avons recueillie au service de M. le professeur Heydenreich, au moment de la levée du pansement il n'y avait pas du tout de pus, la plaie était belle; la poche n'a pas été lavée, le drain seul a été retiré et lavé dans une solution phéniquée; le lendemain une abondante suppuration se déclarait. Nous croyons donc que, si après sept à huit jours de pansement la suppuration est très minime, il n'est pas urgent de faire des injections dans la poche, il est encore temps d'en faire lorsque la suppuration s'est nettement déclarée, ou qu'il y a le moindre indice de fièvre. Ajoutons aussi que l'arrivée de l'air sur la plaie au moment de la levée du pansement contribue aussi, par la présence des organismes inférieurs, à provoquer la suppuration.

Quant aux injections ultérieures dans la poche une fois que la suppuration s'est établie, elles sont très utiles et très indiquées. Les liquides qui ont été injectés sont très variés et il faudrait pour les citer tous, reproduire la liste des antiseptiques. Ceux qui ont donné les meilleurs résultats, sont l'acide phénique à 20 p. 1000 et le chlorure de zinc en solution. M. Gillette (1) insiste beaucoup sur l'action de ce dernier liquide. Il agit très bien lorsque la partie interne du kyste a des tendances à la végétation et dans ce cas, il semble avoir quelque supériorité sur l'acide phénique.

Une fois que les injections ont été commencées, il faut

(1) Gillette. Bullet. soc. chirurgie 1886. 3 mars.

les faire souvent et régulièrement, en général on lave la poche tous les jours ou tous les deux jours. Grâce à cette antiseptie, la suppuration est de bonne nature et la malade pendant toute sa durée n'éprouve jamais de phénomènes fébriles.

Les fils d'argent qui ont servi à suturer la poche à la plaie abdominale restent en place pendant huit jours. A cette époque ils sont enlevés. L'ablation de ces fils est souvent difficile en raison de l'envahissement des bourgeons charnus qui arrivent à les recouvrir.

Il existe cependant quelques perfectionnements au manuel opératoire qui peuvent donner dans quelques cas de bons résultats et qui ne sont pas cités dans les auteurs.

M. Terrier (1) a employé dans une opération de kyste végétant des ligatures sur les pédicules dans le but de déterminer l'atrophie des masses kystiques. Ce procédé est très rationnel. En effet M. Péan (2) se demandant ce que vont devenir ces portions de kyste ainsi abandonnées dans la cavité abdominale, s'exprime en ces termes : « Si la portion de kyste n'était plus suffisamment nourrie pour vivre longtemps, elle se détacherait d'elle-même, en laissant à sa place, une cavité circonscrite par des adhérences péritonéales qui, en se rapprochant, ne tarderaient pas à combler le vide formé par ces débris kystiques. » Ce procédé est à recommander, car il répond bien au but que se propose l'opéra-

(1) Terrier. Union Médicale 1886 T. I p. 314

(2) Péan. Gaz des Hôpit. 25 nov. 1871.

teur ; il doit même être employé dans tous les cas. M. Terrier l'a employé dans le traitement incomplet d'un kyste végétant et il a pu remarquer qu'aux endroits où il avait appliqué des ligatures atrophiantes il n'y avait pas eu de récurrence. Y a-t-il là une simple coïncidence ou un résultat des ligatures ? Nous ne pouvons le dire, nous croyons utile de citer l'observation de M. Terrier :

Hôpital Bichat. — Service de M. le docteur Terrier. — Ovariotomie incomplète. — Ligatures atrophiantes sur les pédicules. — Guérison. — Union médicale 1886, II, p. 314.

La nommée Hartet (Anna), femme Daboir, âgée de 55 ans, entre à l'hôpital Bichat le 29 février 1884, salle Chassaignac, lit n° 6.

Il y a six ans, cette femme fut prise de douleurs passagères siégeant dans la fosse iliaque droite et s'accompagnant de nausées et de vomissements. Dans l'une de ces crises douloureuses elle sentit, pour la première fois, dans cette fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'une petite orange. Dans l'intervalle des douleurs, persistait d'une façon presque continue et au niveau de la tumeur, une gêne spéciale, comparable à un point de côté. La tumeur augmentait de volume à chaque recrudescence de la douleur et des vomissements, pour diminuer dans la période d'accalmie.

Tels ont été les seuls troubles fonctionnels pendant toute une année ; l'état général restait assez bon, le ventre augmentait graduellement de volume et perdait sa symétrie en se développant davantage du côté droit que du côté gauche.

Un an après le début, le ventre étant devenu fort gênant par son volume, la malade entra dans le service de Siredey à l'hôpital Lariboisière ; une ponction faite dans la fosse iliaque droite, retira environ un litre et demi d'un liquide couleur chocolat ; cette ponction ne fut accompagnée d'aucun accident ; au dire de la malade elle ne diminua que fort peu le volume du ventre.

La douleur ou plutôt la gêne a envahi peu à peu tout l'abdomen et la région lombaire ; la malade est souvent forcée de se lever la nuit pour apaiser la dyspnée.

Depuis six mois, et surtout depuis un mois, le ventre grossit beaucoup plus rapidement ; les crises douloureuses sont aussi plus fréquentes et plus intenses ; néanmoins dans leur intervalle, la malade peut se lever, marcher et vaquer à ses occupations habituelles.

Les vomissements sont le symptôme le plus pénible. Dès le début de l'affection, c'est-à-dire depuis six mois, ils reparaissent presque tous les jours. Les matières rejetées sont muqueuses le matin, bilieuses ou alimentaires dans la journée. L'anoréxie est presque absolue.

Il n'y a jamais eu de constipation.

La miction depuis un mois seulement, est devenue plus fréquente, elle n'est pas accompagnée de cuisson ; la quantité totale des urines émises dans les vingt-quatre heures est normale. L'urine ne contient ni sucre, ni albumine.

Les règles ont cessé depuis 5 ans, et comme la malade avait alors 50 ans, il y a lieu de croire que cet arrêt est dû à la ménopause. Avant cela, les fonctions génitales n'avaient jamais été troublées ; la menstruation s'établit à 17 ans et fut toujours régulière ; mariée à 22 ans cette femme eut deux enfants à terme ; l'un à 23 ans, l'autre à 25 ; elle fit une fausse couche de trois mois à 27 ans. Elle n'a jamais souffert d'affections utérines.

La santé de la malade est profondément altérée ; elle tousse beaucoup ; la poitrine est remplie de râles muqueux, sibilants et ronflants, plus nombreux aux bases ; elle ne paraît pas être tuberculeuse. Les membres inférieurs sont cedématiés ; le gauche a été, dès le début comme aujourd'hui, le plus enflé, il présente sur toute son étendue de nombreuses varicosités ; la palpation décèle un certain degré de sensibilité sur le tiers moyen du trajet des vaisseaux fémoraux, et, dans ce point on constate une dureté mal définie ; il n'existe rien de semblable au niveau du mollet et du creux poplité. Le membre inférieur droit est moins cedématié, il est sillonné de

varicosités cutanées plus nombreuses, il n'est pas sensible et ne présente aucun cordon douloureux.

Le ventre est énorme ; sa circonférence mesurée au niveau de l'ombilic, est de 113 centimètres ; il est ovoïde, sa grosse extrémité se cache sous la base du thorax, et efface les dépressions épigastrique et sous-costale. La petite extrémité regarde directement en bas et surplombe le pénil et la racine des cuisses. Il existe une légère asymétrie produite par une saillie siégeant à la rencontre de l'hypogastre, de la fosse iliaque droite et de la région ombilicale. L'ombilic est à 27 centimètres de l'épine iliaque antéro supérieure droite, et à 28 centimètres de la gauche ; il est distant de la symphise pubienne de 26 centimètres et de 28 centimètres de l'appendice xyphoïde. Toute la paroi abdominale est sillonnée par un réseau veineux à mailles longitudinales, un peu plus développé à droite qu'à gauche. La peau est légèrement œdématiée dans la région sous-ombilicale. L'ombilic, un peu déplié, est peu déformé.

Le ventre est tendu, de sorte que la main ne reconnaît qu'une résistance uniforme ; nulle part il n'existe de masses dures. On peut obtenir la sensation de flot dans la partie sous-ombilicale, et dans cette même région, quand on déprime brusquement la paroi, le doigt arrive sur un plan résistant situé profondément.

La matité occupe la plus grande partie de l'abdomen ; elle est limitée supérieurement par une ligne qui, commençant à 7 centimètres au-dessus de l'ombilic, se dirige d'abord presque horizontalement à gauche ; puis la ligne se redresse, monte jusqu'au rebord cartilagineux des fausses côtes sur lequel elle empiète, redevient alors transversale et redescend ensuite dans la partie la plus reculée du flanc gauche ; elle s'incline alors un peu en avant pour se terminer au milieu de la région iliaque gauche. A droite, la ligne monte beaucoup plus rapidement vers le rebord costal, qu'elle n'atteint pas, devient transversale, puis descend verticalement dans la partie la plus reculée du flanc droit et se termine sur la crête iliaque. Une bandelette de sonorité sépare la matité hépatique de la matité de la tumeur.

En résumé, la matité occupe les régions hypogastrique, ombilicale, et iliaque droite en totalité, la plus grande partie du flanc droit, une partie moins considérable du flanc gauche, la plus grande partie des hypocondres et la moitié interne de la fosse iliaque gauche.

Le col est petit, peu mobile, remonté et appliqué contre la face postérieure de la symphise pubienne, où le doigt ne peut l'atteindre qu'en se recourbant en forme de crochet. Le cul-de-sac droit est plus large que le gauche, vers lequel le col se dirige, on ne sent aucune tumeur, aucune masse fluctuante au fond des culs-de-sac. La combinaison de la palpitation et du toucher ne fournit aucun renseignement.

Le 5 mars. — Une ponction faite avec aspiration retire trois litres et demi d'un liquide couleur chocolat; le soir même, la malade a un frisson; la température est de 38°2.

Le lendemain, la température monte encore à 39°, puis tout rentre dans l'ordre.

L'état général est rapidement amélioré par le repos absolu au lit; les bronches se sont dégagées, l'œdème a disparu, mais l'anorexie persiste. La température, le matin, est de 37° 3 à 37° 5, et le soir de 38°.

Opération le 18 mars 1886 par M. F. Terrier. — La malade est anesthésiée.

L'incision médiane traverse facilement la paroi fort peu épaisse, mais adhérente au kyste, si bien qu'on eut quelque peine à trouver le péritoine. Le kyste est alors décollé en avant et latéralement, de plus, l'incision est prolongée en haut, jusqu'au-dessus de l'ombilic, pour rechercher, mais en vain, la cavité péritonéale libre d'adhérences. La tumeur est ponctionnée, et on vide un lobe inférieur contenant 4 litres et demi de liquide.

Les adhérences du kyste et de la paroi abdominale sont peu à peu dissociées, et, à gauche, on arrive à des adhérences avec l'S iliaque et la trompe. Notons que le kyste s'est développé sur l'ovaire droit. A droite, les adhérences vont jusqu'au cœcum et au côlon

ascendant ; un peu plus haut on peut arriver jusqu'au côlon transverse, à des anses d'intestin grêle et à l'épiploon.

En cherchant en haut à décoller la paroi kystique, on la rompt et, de la poche ouverte il s'écoule environ de deux à trois litres de liquide noir filant. La paroi de cette poche est largement déchirée, de façon à la faire communiquer par une grande ouverture à la poche ponctionnée au début de l'opération.

Enfin, on s'aperçut que le kyste, remontant à gauche, sous l'hypocondre, à droite, jusqu'à la face inférieure du foie, adhéraient partout intimement aux parties voisines, de plus deux anses intestinales sont entièrement incluses dans la cavité kystique, qu'elles traversent comme de véritables conduits. Il faut donc reséquer le plus possible de la masse morbide et suturer le reste à la paroi, ce qui fut fait, peu à peu, avec 29 points de suture d'argent. Cinq autres points furent placés sur une cloison, qui séparait les deux poches principales de la masse kystique. En bas, des deux côtés de l'utérus, nous fîmes sur les trompes et les ligaments de l'ovaire deux ligatures, avec du catgut à gauche et de la soie à droite, dans le but d'atrophier les masses kystiques.

Enfin, les kystes furent déchirés et mis en large communication les uns avec les autres, pour n'avoir qu'une poche largement ouverte à l'extérieur.

L'opération, faite d'après les règles de Lister, dura une heure et demi.

Les suites de l'opération ont été simples.

Un peu de diarrhée et des vomissements ont retardé la sortie de la malade.

Jamais il n'y a eu grande élévation de température. La malade quitte l'hôpital le 6 août 1884. Elle revient à l'hôpital le 17 janvier 1885, sa santé est bonne, elle se plaint de douleurs de rein.

La partie supérieure de la cicatrice abdominale s'est notablement dilatée, il existe là une éventration.

En bas au niveau du fond de l'utérus existe une surface, de 4 à 5 centimètres d'étendue, bourgeonnante, granuleuse, ayant de la tendance à végéter. Cette surface est pansée au perchlorure de fer.

En fait la partie du kyste non soumise aux ligatures atrophiantes, continue seule à végéter.

12 Novembre 1885. — A droite, on constate des ganglions inguinaux volumineux indurés. A gauche, il existe des ganglions plus petits.

On constate à droite et en bas de la plaie un noyau induré faisant corps avec la plaie.

Janvier 1886. — La malade rentre à l'hôpital pour bronchite. Etat général assez médiocre. Amaigrissement. Sous l'influence du repos l'état général s'améliore.

L'état local reste le même.

Cette observation est remarquable par les adhérences multiples du kyste.

Pour s'opposer autant que possible à la végétation ultérieure de ses parois. M. Terrier a jeté une ligature sur chacune des cornes de l'utérus.

Ces deux ligatures ont pour but de déterminer dans une certaine limite, l'atrophie des masses kystiques simplement ouvertes.

On voit qu'en fait la partie correspondante au fond de l'utérus végète seule deux ans après l'opération. Les parties sur lesquelles on a jeté des ligatures ne végètent pas.

Il faut remarquer aussi l'engorgement des ganglions de l'aîne, ce qui indique une tendance à la généralisation.

On a essayé, pour s'opposer à la prolifération des végétations d'autres moyens; on s'est surtout adressé dans ce but aux agents modificateurs des tissus. On a employé les attouchements de la paroi interne avec le

nitrate d'argent et au thermocautère. Nous ne saurions apprécier les résultats de cette pratique, les observations sont muettes à ce sujet.

Un procédé que nous ne sachions pas avoir été employé, peut-être à cause de ses difficultés est le suivant: il s'applique spécialement aux kystes végétants. Après avoir fait l'opération comme il a été dit plus haut, on peut essayer de faire la dissection de la paroi interne de la poche. En général dans les kystes végétants la paroi est épaisse et la dissection possible. Cette petite opération complémentaire permettrait de s'opposer à la végétation mieux que les agents modificateurs.

Cette dissection difficile, doit être longue et s'accompagner d'abondantes hémorragies, aussi lorsqu'on essaye de la pratiquer, doit-on y renoncer aussitôt que la perte de sang présente une certaine importance. Dans les cas où elle peut être faite elle doit être utile et en la combinant avec des ligatures atrophiantes sur les pédicules, nous pensons que la répullulation doit être sinon empêchée, du moins sérieusement retardée.

Avant d'étudier les résultats de l'ovariotomie incomplète nous croyons devoir reproduire les observations que nous avons recueillies aux cliniques de notre faculté et dans la pratique des différents opérateurs.

Nous n'avons pas collectionné toutes les opérations faites depuis les débuts de l'ovariotomie incomplète, les résultats n'auraient pas été comparables, nous avons commencé à l'année 1880, époque à laquelle les procédés opératoires ont acquis toute leur perfection.

On trouvera dans la thèse de M. Vautrin (1) la statistique des opérations antérieures à cette date, relative aux kystes interligamentaires. Nos tableaux ne sont que la suite de ceux de notre professeur. Quant aux opérations pratiquées par Spencer-Wells et les opérateurs de son époque, on en trouvera les résultats dans la thèse de Leroy (2), dans celles de Urdy (3) et de Gros-Fillay (4). Notre statistique est restreinte, cela se comprend, l'ovariotomie incomplète devient de jour en jour plus rare et nous ne reproduisons que celles des dix dernières années.

(1) Vautrin -- loco citato.

(2) Leroy -- Thèse Paris 1881.

(3) Urdy -- Thèse Paris 1874.

(4) Gros-Fillay -- Thèse Paris 1874.

OBSERVATIONS

Observation (due à l'obligeance de M. le professeur Heydenreich). —
Kyste dermoïde inclus dans le ligament large droit. — Extirpation incomplète.

La nommée T..., âgée de 29 ans, mariée, entre à l'hôpital civil le 5 juin 1889 dans le service de M. le professeur Heydenreich. Cette femme est amaigrie, elle ne tousse pas. Pas d'antécédents héréditaires.

Quelques mois après avoir accouché elle a constaté la présence d'une grosseur dans le côté droit du ventre ; le début de la tumeur remonte donc à un an. Il n'y a jamais eu de violentes douleurs, la femme a continué à vaquer à ses affaires.

Le ventre est développé comme à sept mois de grossesse, on constate, du côté droit, la présence d'une tumeur mobile, dépassant l'ombilic. Le cul de sac vaginal est effacé à droite. On fait une ponction exploratrice qui donne issue à un liquide franchement purulent.

Opération le 15 juin 1889. — La paroi abdominale est incisée. On tombe sur le kyste, il est totalement adhérent et inclus dans le ligament large droit. La poche est incisée, elle est uniloculaire, contient au moins 1300 centimètres cubes de pus. Dans la paroi de la poche se trouve un noyau dur de la grosseur d'un œuf contenant des poils et deux dents. Après résection d'une partie de la poche, la partie restante incluse dans le ligament large droit est fixée dans la plaie abdominale à l'aide de 22 sutures au fil d'argent ; de plus six sutures servent à rapprocher les lèvres de la plaie abdominale. Un

gros drain du volume d'un doigt et long de 12 centimètres est enfoncé dans la poche. Durée de l'opération : deux heures. Pansement de Lister. Les règles apparaissent le 18 juin.

23 juin : Ablation des 23 fils appliqués sur le kyste et de 2 des fils de la paroi.

28 juin : Les 4 derniers fils sont enlevés ; pour la première fois ce jour le drain est lavé dans une solution phéniquée. Pas d'injection dans la poche.

3 juillet. On constate pour la première fois la présence de pus dans le pansement. Dès ce jour, le pansement est fait plus souvent, il est accompagné de lavages phéniqués dans la poche.

2 août. La suppuration est devenue faible, la profondeur du trajet, mesuré à l'aide de la sonde cannelée, mesure 8 centimètres.

Le malade quitte l'hôpital pendant les vacances, il persiste une fistule.

Depuis cette époque la malade est perdue de vue ; le 10 janvier 1890 nous apprenons que sa santé est excellente.

Observation (dûe à l'obligeance de M. le Professeur Rohmer). **Kystes multiples de l'ovaire gauche. Poche principale avec adhérences généralisées. Incision.**

Madame K., 35 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires.

Elle est régulièrement réglée, un peu abondamment ; a eu un enfant il y a 12 ans : couches normales.

Il y a 6 ans, elle a senti des douleurs dans le ventre à gauche, en même temps elle a constaté qu'il grossissait ; des vésicatoires l'ont soulagée un peu. Peu à peu le volume du ventre a augmenté mais les règles étaient toujours régulières. Sur le conseil du Docteur Weiss Jules, la malade va consulter M. Kœberlé. Cet éminent praticien avait constaté, il y a 4 ans, ce qui suit : « Le diagnostic de la tumeur de la malade est difficile à préciser. La matrice est normale, mobile dans le flanc droit où elle est déviée et au-devant de la tumeur, au-dessous du pubis. Une tumeur de la grosseur du poing se trouve dans le cul de sac postérieur. La tumeur abdominale est

très mobile et peut être refoulée en haut sans entraîner la matrice. Il existe une couche de liquide dans la tumeur abdominale dont la majeure partie est solide, très consistante ; en avant il existe une nodosité saillante que l'on pourrait prendre, au premier abord, pour le corps de la matrice, mais qui en est tout à fait indépendante.

Il est possible que la tumeur qui d'après ses connexions est en rapport avec le côté gauche de la matrice provienne de l'ovaire gauche et soit constituée par des fibromes en partie kystiques.

Je conseille de temporiser, d'observer la marche ultérieure de l'affection et de s'en tenir provisoirement à un traitement symptomatique. »

Actuellement voici ce que l'on constate :

Le ventre est énormément développé, il mesure 135 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic ; les parois sont extrêmement tendues et sa matité remonte jusque sous les fausses côtes et le sternum ; néanmoins, par des mouvements de percussion brusques on sent encore de petits mouvements de flot. Au toucher vaginal, on sent les culs de sac libres, la matrice dans une situation normale et assez mobile.

Le 25 juin 1889, M. Rohmer fait une première ponction dans le flanc droit et évacue 15 litres de liquide sépia assez foncé pris en masse.

Le 2 juillet, nouvelle évacuation de quinze litres du même liquide ; la malade se sent soulagée, elle respire plus librement et mange mieux, l'estomac n'étant plus comprimé. La malade a continué à se lever dans l'intervalle des deux ponctions et continue à vaquer à ses occupations.

La malade réclame absolument une intervention opératoire, on lui laisse entrevoir l'impossibilité probable qu'il y aura d'enlever le kyste, elle accepte l'opération.

L'évacuation faite par la ponction permet de saisir quelques détails de structure de la poche. Celle-ci remplit à peu près la cavité abdominale, nulle part la percussion ne permet de reconnaître la présence des intestins ; vers la partie inférieure de l'abdomen

on sent des nodosités, des épaissements de la poche, surtout notables vers la cavité pelvienne. Dans l'hypocondre droit, immédiatement au dessous du foie persiste une tumeur fluctuante grosse comme un fort poing d'adulte ; dans l'hypocondre gauche, autre tumeur du même genre, moins grosse et moins apparente.

L'état général de la malade, quoique affaibli est assez bon.

Opération le 9 juillet 1889, avec l'aide de M. le professeur Spillmann, de M. Sénique chef de clinique.

M. Rohmer fait sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et du pubis, une incision de 10 centimètres. Il arrive sur le kyste. La paroi abdominale est absolument adhérente à la poche et cela de tous les côtés ; il essaye de les séparer un peu mais sans résultat et de suite prend le parti de faire l'incision du kyste. Avec un gros trocart il vide 5 à 6 litres de liquide puis ouvre largement la poche par une incision égale à celle de la peau.

L'immense cavité kystique est divisée en 5 à 6 loges communiquant toutes entre elles par de larges ouvertures qui forment comme des diverticulums de la cavité principale. A travers la paroi du kyste et séparée de lui par l'épaisseur de cette paroi on sent la poche secondaire située au dessous du foie. En déplaçant la paroi abdominale pour amener l'incision en face de cette poche on la met facilement à jour et on la rend très accessible. M. Rohmer pensant qu'il serait trop difficile de la drainer et de la laver, préfère la laisser intacte et dans l'état où elle se trouve ; il en fait de même pour la petite poche de gauche.

La grande poche est alors largement lavée avec de l'eau distillée tiède et suturée à la paroi abdominale ; on y saupoudre de l'iodoforme et on y place deux gros tubes de caoutchouc dont les extrémités vont le plus profondément possible dans le diverticule du petit bassin.

Un pansement antiseptique est appliqué et la malade reportée dans son lit. Température axillaire avant l'opération 37°. La malade a vomé 2 ou 3 fois dans la journée, mais se trouve bien.

10 juillet. — Nuit assez bonne, encore un vomissement, le pansement est taché par un liquide un peu sanguinolent. On fait un

lavage de la poche avec une solution saturée d'acide borique, les tubes remplis de bouchons de fibrine sont nettoyés et remis en place.

T. matin, 37° : T. soir, 38°.

11 juillet. — La malade va tout à fait bien et commence à s'alimenter. Le pansement défait et la poche lavée, on fait mettre la malade dans la position genu pectorale, il s'écoule environ 200 grammes de liquide clair, filant, analogue au blanc d'œuf.

12 juillet. — Pansement. La position genu pectorale fait écouler à peu près la même quantité de liquide qu'hier. La malade prend 50 grammes de citrate de magnésie, elle se trouve très bien, bonne figure, pas de souffrances dans le ventre.

T. matin, 37° 4. T. soir, 37° 2.

13 Juillet. — Les injections intra kystiques sont supprimées et la malade se met, pour vider son kyste, dans la position génu-pectorale ; il s'écoule chaque fois environ 100 gr. de liquide. Etat général très bon, appétit excellent.

T. matin, 37° 2 : T. soir, 37°

25 juillet. — Du 18 au 25 juillet la température s'est élevée elle a été pendant trois jours de 38° 5 le soir. Depuis cette époque, le liquide qui s'écoule de la poche spontanément est devenu purulent, L'état général reste bon.

1^{er} août : Ecoulement toujours abondant par la plaie. Il s'écoule même après l'injection de gros magmas de pus.

T. matin, 37° 2 : T. soir : 37° 4.

Du 3 août au 17 août la température a été absolument normale 36° 5 le matin, et 37° le soir.

20 août — La quantité de l'écoulement a beaucoup diminué. La malade depuis quelques jours se lève tous les jours, pendant 2, 3 heures. On retire un tube, l'autre n'a plus que 3 à 4 centimètres. On ne prend plus la température.

25 août. — La malade quitte l'hôpital.

17 septembre. — Le tube est retiré, il n'y a plus que très peu de suppuration. La malade depuis sa sortie de l'hôpital se lève, vaque à ses occupations ; elle a très bonne mine.

10 janvier 1890. — La malade se porte très bien, l'état général est excellent, il n'y a pas eu de récurrence. Il persiste un petit trajet fistuleux très étroit, peu profond, par lequel s'écoule une très petite quantité de liquide, qui ne gêne en rien la malade dans ses occupations.

Observation (due à l'obligeance de M. le professeur Rohmer).

Mlle X., âgée de 49 ans, célibataire, a été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans. A l'âge de 20 ans elle dit avoir eu des étouffements et des indigestions fréquentes, pendant un an. Il se produisit une amélioration, puis survinrent des étourdissements et des vomissements pendant deux à trois ans. En février 1865 (la malade avait alors 25 ans) elle a commencé à grossir et rapidement le ventre a pris un volume considérable. Néanmoins les règles restèrent régulières. En décembre 1865 on fit la première ponction, qui produisit 16 litres de liquide clair. Mais le ventre ne tarda pas à reprendre son volume anormal et depuis ce temps la malade a subi 27 ponctions abdominales qui ont évacué 382 litres de liquide en tout. De temps en temps, après les ponctions, survenait une poussée de péritonite caractérisée par de la douleur, des vomissements. Les ponctions ont été presque toutes pratiquées à l'hôpital Saint-Charles de Nancy, ainsi qu'à l'hôpital civil, la malade s'y présentant régulièrement tous les ans.

Actuellement (août 1887) voici ce que l'on constate :

Le ventre est très développé et mesure 120 centim. de circonférence au niveau de l'ombilic, il est tendu et surtout proéminent dans la région sous-ombilicale. A la palpation, on sent la présence d'une tumeur fluctuante partout, plongeant dans le bassin et qui remonte jusqu'au niveau des fausses côtes; la tumeur ne peut être déplacée nulle part; la pression sur l'abdomen ne provoque pas de douleur.

Au toucher, on sent l'utérus légèrement immobilisé, le col remonte en arrière et est un peu en latéro-version gauche. La malade revenant se faire débarrasser du liquide qui la gênait est soumise à

sa 27^e ponction qui laisse écouler 21 litres de liquide clair citrin. Rien de particulier à signaler pour la palpation après la déplétion de la poche.

On propose l'opération à la matade qui l'accepte; celle-ci est pratiquée le 22 septembre 1888.

Une incision de 0,15 c. sur la ligne médiane de l'abdomen, permet de découvrir le kyste qui semble d'abord se présenter dans les conditions les plus favorables; pas d'adhérences avec la paroi antérieure de l'abdomen. Une ponction vide en grande partie la poche du liquide qui s'était reproduit depuis la dernière intervention.

On introduit alors la main dans la cavité péritonéale et on s'aperçoit que le kyste adhère par de solides brides multiples; d'abord complètement à tout le pourtour du petit bassin et aux organes qui y sont contenus; dans la fosse iliaque droite et au cœcum; enfin par une bride très épaisse et très dure à la face inférieure du foie. On essaye d'attirer la poche au dehors, mais cette manœuvre ne donne aucun résultat. On arrive cependant à réséquer la largeur de deux doigts sur tout le pourtour de l'orifice et la poche largement ouverte est suturée à la paroi abdominale, on avait eu soin de laver le péritoine à l'eau distillée.

La poche est vidée du liquide qu'elle contient, liquide analogue à celui extrait par la ponction, puis lavée avec une solution chaude de sublimé à 2/1000. Deux gros drains sont placés dans la plaie, plongeant jusqu'au fond de la poche; la cavité elle-même est saupoudrée d'iodoforme puis on applique un pansement antiseptique.

Le premier pansement est levé le lendemain, il est imprégné de liquide et de sang. Pas de fièvre: on fait un lavage avec une solution de sublimé.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, la malade se trouve fort bien elle prenait de la nourriture et les selles étaient régulières. Au bout de 15 jours à trois semaines survinrent une diarrhée et un affaiblissement tels qu'on craignit, à un moment, pour les jours de la malade.

Au bout de 15 jours, celle-ci prit le dessus; il y eut encore des

alternatives d'affaiblissement et de reprise des forces et finalement la poche se retrécit et une fistule s'établit. Jamais il n'y eut de suppuration véritable, ni abondante. Deux mois et demi après l'opération, la malade commença à se lever. Cinq mois après la fistule était complètement guérie.

Les forces étaient revenues et la malade avait pris un bel embonpoint. A la palpation du ventre, on sentait seulement un peu d'empâtement dans le bassin et une corde tendue de la région hépatique dans le bassin.

La malade est revenue au mois de Juin, la fistule est absolument tarie et l'état général est excellent.

Observation (dûe à l'obligeance de M. le professeur Gross. — **Epithélioma mucoïde de l'ovaire gauche.** — **Ovariectomie incomplète.** **Mort par accidents urémiques.** — (Observation recueillie par M. Lenez, interne.)

La nommée Catherine W., 47 ans entre à l'hôpital le 14 janvier 1887. (Service de M. le professeur Gross),

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladies antérieures. La malade a été réglée à 19 ans : elle s'est mariée et a eu quatre enfants : le premier à 25 ans, le dernier à 31 ans. Menstruation toujours régulière. Ménopause datant de trois mois.

Au mois de mars 1882, la malade remarqua que son ventre augmentait de volume, en même temps elle eut des douleurs qu'elle compare à des crampes.

La miction était difficile. On sentait, dit-elle, dans le côté droit, une tumeur du volume d'un œuf de poule qui s'accrût peu à peu, tandis que la cavité abdominale se remplissait de liquide. En 1883, le volume de l'abdomen et la gêne qui en résultait, forcèrent la malade à se faire ponctionner. On retira 17 litres d'un liquide rougeâtre et fluide.

Après cette première ponction la malade resta quatre mois et demi pendant lesquels la tumeur du flanc droit continua à se développer en remontant vers l'hypocondre.

On fit treize ponctions jusqu'à son entrée à l'hôpital et à l'automne de 1885, la malade constate la présence d'une tumeur dure, développée sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Elle la compare, comme forme, à une plaque de 6 à 7 cent. de largeur.

Jusqu'à la fin de 1886, il n'y avait pas de symptômes généraux, l'appétit était bon, la miction et la défécation régulières. A cette époque elle eut des vomissements répétés tantôt alimentaires, tantôt bilieux ou muqueux. Ces vomissements ont persisté jusqu'à son entrée à l'hôpital. L'état général est resté bon.

Etat actuel. — La malade présente un abdomen très développé qui retombe au devant du pubis en forme de besace. Il y a une circulation collatérale assez accentuée, l'ombilic est effacé. Les mensurations donnent les résultats suivants :

Circonférence passant par l'ombilic 110 cent. Distance de l'ombilic au pubis 32 cent.; de l'ombilic à l'appendice xyphoïde 24; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 37 cent.; à l'épine antéro-supérieure gauche, 36.

A la percussion on trouve partout de la matité, sauf à la limite de la région lombaire droite où l'on constate la sonorité intestinale.

La palpation fait percevoir dans tout le côté droit une masse dure, lobulée, élastique qui occupe toute la fosse iliaque droite, passe au-dessus du pubis et s'étend jusqu'à la fosse iliaque gauche qu'elle n'occupe qu'en partie. En haut cette masse remonte jusque sous les dernières côtes de droite. A gauche le ventre est mou, dépressible, on n'y sent aucune dureté, il y a une fluctation très nette.

21 janvier : On pratique au côté gauche une ponction qui donne issue à 10 litres d'un liquide brunâtre, sirupeux, collant aux doigts. Après la ponction, on voit la tumeur abdominale se dessiner en relief au côté droit et à la partie inférieure de l'abdomen. La masse affecte, dans son ensemble, une forme semi-lunaire à concavité dirigée en haut et à gauche. Elle s'étend depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche jusqu'au dessous du foie avec laquelle elle paraît se confondre. Son bord concave dépasse l'ombilic sur la gauche de quatre travers de doigt. Elle présente une série de saillies arrondies et de dépressions qui la divisent assez nettement en 4 lobes princi-

paux, volumineux dont un à gauche de la ligne médiane, un autre sur cette ligne et deux autres dans la fosse iliaque et l'hypochondre droits. Ces lobes à leur tour se subdivisent en lobules de grosseur différente. Matité absolue dans toute l'étendue de cette masse. Sonorité en arrière de l'hypochondre droit, au creux épigastrique et dans tout le côté gauche. Tous ces lobes sont arrondis, lisses, non fluctuants, mais d'une consistance molle, élastique, et sont séparés les uns des autres par des sillons plus ou moins profonds au niveau desquels on trouve une plus grande dureté. Au toucher vaginal l'utérus est reporté en arrière et en haut, en rétroversion. Rien dans les culs de sac latéraux, on sent l'utérus retroversé dans le cul de sac postérieur.

Diagnostic. On conclut à un kyste ovarique multiloculaire, et on décide d'intervenir.

Opération le 12 février. Chloroformisation. Précautions antiseptiques habituelles. Incision le long de la ligne blanche de 17 ct. de longueur. On ouvre le kyste, croyant ouvrir le péritoine ; il s'en écoule un liquide filant, visqueux. La poche kystique est adhérente de tous côtés à la paroi abdominale ; il est impossible de la séparer de la séreuse abdominale. Les poches kystiques secondaires sont contenues dans la poche principale et font saillie dans son intérieur. On éponge rapidement le liquide contenu dans la grande loge qui est ouverte, puis on ponctionne les autres poches, mais rien ne s'écoule même avec le gros trocart de Kœberlé. On les incise successivement et on en retire un liquide épais, trouble, mucilagineux mêlé de grumeaux gris, de consistance caséuse.

On incise de la sorte 5 ou 6 de ces poches ; on résèque ce que l'on peut de leurs parois, de manière à réunir autant que possible le tout en une poche unique, avec le moins d'anfractuosités possible. Les différentes poches secondaires se rompent et se déchirent avec la plus grande facilité. On reconnaît nettement la nature épithéliomateuse de la tumeur. L'écoulement de sang est assez notable, de nombreuses pinces hémostatiques et à ovariectomie sont employées. On lave la cavité à grande eau ; on passe le thermo-cautère sur toutes les parties qui donnent du sang, on résèque même par ce

moyen des restes de poches kystiques ; on lave encore une fois à grande eau.

Il reste bien au côté droit une partie de la masse primitive, qui s'allonge dans l'hypochondre droit, et qui peut avoir le volume d'une tête de fœtus ; mais, vu la durée de l'opération, le danger qu'il y aurait à poursuivre, on laisse cette partie intacte : d'ailleurs elle est restée fermée et ne communique pas avec la partie ouverte.

Des ligatures sont jetées sur les pinces placées sur les vaisseaux ou les pédicules partiels formés par les nombreuses cloisons. On saupoudre la cavité d'iodoforme, on y place trois gros drains qui émergent à la partie inférieure de l'incision.

On réunit le reste de celle-ci par une seule suture à points séparés au fil d'argent comprenant toute l'épaisseur de la paroi, y compris le péritoine et la paroi de la grande poche kystique ; on ajoute quelques épingles avec suture entortillée.

Pansement avec gaze iodoformé, coton salycilé ; bandage de corps.

Durée de l'opération : 2 heures 1/2 sans le pansement. L'examen anatomo-pathologique des fragments de cloison réséqués, montre que la tumeur est constituée par un *kyste épithéliomateux*.

La malade est très affaiblie : pouls filiforme, face pâle et froide, le choc opératoire est considérable.

Le soir T. 35° 5, P. 140 filiforme. La malade ne souffre pas, éprouve une soif vive.

Le 13 février : T. 37° 6 m. et 37° 4 s., P. 96 m. et 136 s.

La malade a eu dans la nuit et la journée quelques syncopes et des éructations ; elle a vomi 5 ou 6 fois ; anurie complète, pas de gaz par l'anus.

14 février : Nuit agitée. Subdélire. T. 37,7 m. 37,2 s. P. 126 m. 116 s. filiforme. On lève le pansement et on lave à l'eau sublimée la paroi abdominale et l'intérieur de la poche kystique. L'anurie persiste.

15 février : T. 37,8 m. 37,8 s. P. 128. Nuit agitée. Pas de vomissements, le délire a diminué. On procède au lavage de la cavité avec de l'eau phéniquée. La malade a pris du bouillon et du café

au lait. On retire par la cathéterisme 150 c. cube d'urine trouble. Pas de gaz.

16 février : Il y a encore du subdélire. T. 36°9. P. 140. La malade a pris un œuf et du bouillon. On lave la cavité kystique.

17 février : Même état. Nuit agitée. Subdélire. T. 36°1. P. 116. On pratique le lavage de la poche. A 2 heures de l'après-midi, affaiblissement général, refroidissement des extrémités.

A 4 heures 20, la malade s'éteint.

Autopsie. — La tumeur kystique adhère intimement à la paroi abdominale, en avant, sur les côtés jusque dans les flancs ; en arrière les adhérences semblent un peu moins solides ; vers le petit bassin, la tumeur est incluse dans le ligament large du côté gauche et en ce point s'enuclée sans trop de difficulté.

Les lobes secondaires situés en haut et à droite de la partie ouverte pendant l'opération, présentent les mêmes caractères que la loge principale. Sur plusieurs points, la paroi de la tumeur est nettement végétante. Il s'agit d'un kyste ovarique épithéliomateux végétant.

Le rein gauche est diminué de volume ; à la coupe il est blanc, anémié, la substance corticale est très diminuée. Le rein droit est atteint d'hydronéphrose avec dilatation de l'uretère qui a le volume d'une anse d'intestin grêle. Cette dilatation s'étend jusqu'à 5 ou 6 centimètres de la vessie. Le bassinnet forme une poche de la capacité d'un quart de litre, pleine de liquide. La substance du rein est refoulée, diminuée de volume, pâle et blanchâtre. Les altérations rénales sont manifestement dues à la compression de la partie inférieure de l'uretère par le néoplasme ovarique.

Observation. — **Kyste dermoïde inclus suppuré et adhérent.**

Ovariectomie incomplète. Mort. — Observation recueillie par Ch. Lenez, interne du service (dûe à l'obligeance de M. le professeur Gross).

Mme A..., âgée de 46 ans, entre le 5 février 1887, à l'hôpital civil, service de M. Gross.

Pas d'antécédents héréditaires. Comme *antécédents personnels*, pas de maladies antérieures. Réglée à 17 ans. Menstruation régulière ; a eu 2 enfants, le premier à 22 ans, le dernier à l'âge de 26 ans. Accouchements normaux. Il y a 4 ans, la malade ressentit des douleurs pongitives dans le côté gauche ; ces douleurs disparurent et revinrent avec une durée de 2 à 3 heures, jusqu'il y a un an, à plusieurs reprises, sans qu'elle constatât un changement de volume quelconque de son ventre. Au mois de décembre 1885, comme les douleurs augmentaient de fréquence et d'intensité, la malade consulte un médecin qui, après l'avoir examinée, lui dit qu'elle avait une tumeur dans le ventre. Les symptômes restèrent les mêmes jusqu'au mois d'octobre 1886. A cette époque, la malade constate par elle-même que son ventre augmentait de volume. Le ventre continua à s'accroître jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital (5 février). Les douleurs du début, se sont reproduites toujours avec les mêmes caractères.

La miction a augmenté de fréquence depuis le mois de décembre 1886 ; elle a été difficile pendant quelques jours, mais jamais douloureuse. La défécation se fait normalement. Les règles n'ont plus reparu depuis 2 mois. La malade dit avoir beaucoup maigri depuis le mois de novembre. On n'a jamais fait aucune ponction.

Etat actuel. — L'abdomen est volumineux, en forme de globe à 2 lobes latéraux avec un léger sillon de séparation sur la ligne médiane, sillon qui s'efface à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Circulation collatérale bien développée. Ombligo normal. Sonorité dans la moitié postérieure de l'hypochondre droit ; cette sonorité s'étend au-dessus des fausses côtes droites sur une largeur de 3 travers de doigt, puis au niveau de la ligne médiane, elle descend de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic pour remonter au-dessus des fausses côtes gauches. Elle disparaît dans l'hypochondre gauche et ne reparait que dans la fosse iliaque gauche sur un espace large comme la paume de la main. Tout le reste de l'abdomen présente une matité compacte. On sent la fluctuation dans tous les points mats.

A la palpation on perçoit, dans le côté droit, une tumeur arrondie, du volume d'une tête d'enfant, lisse, non lobulée, qui s'étend depuis une ligne qui passerait à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes jusqu'à la ceinture pelvienne. Cette tumeur présente à 3 ou 4 centimètres de l'arcade de Fallope, un sillon qui la sépare d'une tumeur secondaire grosse comme un œuf de poule, allongée, plus dure et paraissant lobulée. En arrière, elle s'étend depuis le bord extrême du carré des lombes jusqu'à 2 centimètres de la ligne blanche. Dans le côté gauche on perçoit une autre tumeur un peu plus volumineuse que la précédente, également arrondie et lisse. Elle commence à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes ; elle est limitée en bas par une ligne courbe à concavité supérieure étendue de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Elle s'étend d'autre part jusqu'à la ligne blanche en soulevant un peu l'ombilic ; elle occupe en dehors la plus grande partie de l'hypochondre gauche.

Enfin au dessous des deux tumeurs précédentes comme enclavée dans l'angle qu'elles forment par leur juxtaposition, et en partie moulée sur la partie inférieure de la tumeur de droite, on sent une troisième tumeur dont les caractères sont moins nettement perçus. La masse principale de cette tumeur est à droite de la ligne médiane vers la fosse iliaque droite.

Ces différentes tumeurs présentent une consistance molle, élastique, dépressible, plus dure cependant pour celle de droite et surtout pour le petit lobe remarqué au-dessus de l'arcade crurale droite.

Au toucher vaginal ; le col utérin est élevé et appliqué contre la symphyse. Le cul de sac vaginal droit est occupé par une petite masse arrondie, lobulée, peu mobile. Le cul de sac postérieur est élargi et comblé par un lobe assez dur, dépressible et qui paraît se laisser légèrement refouler en haut. Le cul de sac gauche est libre.

Par le toucher rectal on perçoit sur la ligne médiane une masse volumineuse arrondie, lisse, dépressible, présentant les mêmes caractères que les tumeurs abdominales.

Le diagnostic porté est le *kyste ovarique multiloculaire inclus*.

Opération, le 24 février 1887. Chloroformisation. Précautions antiseptiques habituelles. Incision abdominale de 20 cent. environ. On arrive sur une tumeur kystique, lobulée, très friable, se déchirant avec la plus grande facilité. Il s'en écoule un liquide épais, grumelleux, puriforme dans lequel on reconnaît la présence de poils. Les parois de la poche sont elles-mêmes dégénérées. Peu d'adhérences en avant, quelques unes plus importantes au côté droit; elles deviennent nombreuses et étendues vers les côtés.

Le volume de cette première poche est celui d'une tête d'enfant. Elle est profondément enclavée dans le petit bassin en avant du rectum où elle est très adhérente; une anse intestinale adhère à son côté droit. On détache, autant que possible les adhérences; celles du fond ne peuvent être libérées, à cause de l'écoulement sanguin abondant qui accompagne leur rupture; pendant cette opération les matières contenues dans le kyste s'épanchent en grande partie dans le péritoine et sur les intestins par les nombreuses déchirures qui se produisent sous l'influence des moindres tractions. Dans le fond du bassin se trouve une deuxième tumeur incluse dans le ligament gauche. Pendant que l'on cherche à l'énucléer, elle se rompt dans la première loge et laisse écouler du véritable pus. L'énucléation devient impossible à cause de l'hémorrhagie qu'elle occasionne.

Forcé de laisser l'opération incomplète, on pratique un lavage aussi minutieux que possible de la cavité abdominale et de la poche; celle-ci est soigneusement tamponnée avec de la gaze iodoformée pendant que l'on ferme à l'aide de sutures, la cavité abdominale afin de l'isoler du kyste. Quant à celui-ci, on en résèque les portions décollées de leurs adhérences pour suturer le reste à la paroi abdominale antérieure. On établit un drainage vaginal par un gros tube de caoutchouc fixé à la partie inférieure de l'incision abdominale, et sortant par le cul de sac postérieur du vagin. Un dernier lavage antiseptique est pratiqué, puis on applique un pansement à la gaze iodoformée et au coton salycilé.

La journée se passe tranquillement. T. du soir : 37°. P. 96.

La nuit est également satisfaisante ; pas d'agitation, soit peu intense, peu d'abattement. Pas de vomissements. Urines assez abondantes.

25 février. T. 39°6 m. et 39°2 s. P. 132 m. et 148 s. un peu faible. Soit plus vive. Pas de douleurs, pas de vomissements. Urines un peu foncées, la malade prend du café au lait.

Ecoulement séro-sanguinolent par le drain.

26 février. T. 38°4. P. 164 filiforme. Abattement assez prononcé. Peu de douleurs. Soit vive. Pas de délire. Urines rougeâtres. Dans l'après-midi la malade s'affaiblit rapidement : dyspnée intense, pouls insensible, refroidissement des extrémités. Mort à 3 heures. On n'a pas pu faire l'autopsie.

Observation (due à l'obligeance de M. le professeur Gross). **Kyste multiloculaire inclus et adhérent. Ovariectomie incomplète. Mort par Erysipèle.** Observation recueillie par M. Adam, interne du service.

Madame V..., âgée de 46 ans, entre à l'hôpital, service de M. le professeur Gross, le 28 avril 1889.

Pas d'antécédents héréditaires. Père et mère morts âgés, ayant été bien portants pendant toute leur vie.

Antécédents personnels. La malade a été réglée à 14 ans ; s'est mariée à 22 ans. A eu deux enfants, l'un a 23 ans, l'autre est mort en bas âge ; le premier se porte bien. A eu la fièvre typhoïde à 24 ans. Depuis trois ans, elle se sent faible et est anémique. Il y a un an, elle a senti pour la première fois dans la fosse iliaque droite une petite tumeur indolore qui se développa assez rapidement et acquit bientôt le volume d'un poing ; la petite tumeur est stationnaire pendant à peu près dix mois ; ce n'est que pendant ces deux derniers mois qu'elle a augmenté de volume et est devenue douloureuse ; la malade ressentit en même temps des douleurs irradiées en différents points de l'abdomen.

Etat actuel. Ventre volumineux, distendu. La mensuration donne : Circonférence au niveau de l'ombilic : 105 cent. ; distance de

l'app. xyphoïde à l'ombilic : 22 cent. ; de l'ombilic au pubis : 21 cent. ; de l'ombilic à l'ép. iliaq. anté. g. : 26 cent. ; de l'ombilic à l'ép. iliaq. antér. dr. : 28 cent.

A la palpation, on sent une tumeur volumineuse remontant à 3 cent. de l'ombilic, remplissant les deux fosses iliaques, fixe, irrégulièrement bosselée, composée de plusieurs lobes plus mous et plus fluctuants les uns que les autres. Dans la région hypogastrique, on constate une petite tumeur dure et particulièrement proéminente.

A la percussion, matité dans la région hypogastrique, les deux fosses iliaques et remontant sur la ligne médiane à 3 cent. au-dessus de l'ombilic ; sur les côtes, elle s'élève un peu plus à droite qu'à gauche ; matité dans les régions lombaires. En certains points, on constate une fluctuation superficielle.

Le col de l'utérus ne peut être atteint par le toucher vaginal, l'utérus est remonté dans la région hypogastrique ; la petite tumeur arrondie, que l'on sent immédiatement au-dessus du pubis, semble formée par le fond de l'utérus. — Fréquentes envies d'uriner.

État général mauvais, amaigrissement, grande pâleur, muqueuses décolorées ; bruits du cœur nets et réguliers ; expiration soufflée au sommet gauche ; appétit presque nul, constipation ; traces d'albumine dans les urines.

On diagnostique une tumeur, ovarique complexe, sans doute incluse, puisque l'utérus est remonté ; complication d'ascite ; état général compromis.

Opération le 2 mai. Chloroformisation, précautions antiseptiques habituelles. Incision de 10 cent. sur la ligne médiane, commençant au-dessous de l'ombilic jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis ; Incision du péritoine, écoulement de liquide ascitique. On cherche à contourner le kyste avec un doigt, mais on trouve des adhérences de toutes parts ; la vessie est fortement attirée vers le haut, l'utérus est en antéposition. On ponctionne le kyste, il s'en écoule une grande quantité de liquide, couleur de café noir (3 à 4 litres) ; après la ponction, nouvel essai d'énucléation du kyste ; après avoir décollé une certaine étendue du péritoine, on est forcé

de reconnaître que les adhérences trop solides et trop nombreuses rendent l'extirpation de la tumeur absolument impossible. On se décide pour une ovariectomie incomplète et on ouvre les kystes secondaires de manière à les faire communiquer avec la poche principale ; suture des parois du kyste à la paroi abdominale.

Nouvelle difficulté : la paroi du kyste est très mince et se déchire à chaque instant, enfin on y parvient en faisant des sutures en surjet.

Lavage de l'intérieur du kyste. Drainage.

Pansement à la gaze iodoformée, au coton salycilé fixé par un bandage de corps.

Le diagnostic post opératoire est : kyste multiloculaire inclus et adhérent. On ne constate pas de végétation sur les parois.

Les suites immédiates de l'opération ont été simples. La poche s'est mise à suppurer et la fièvre a varié entre 38 et 39°5 de température.

On fit des pansements journaliers en vidant la poche avec une poire aspiratrice et en lavant l'intérieur avec des solutions phéniquée et boriquée. Un gros drain est maintenu dans la poche, et après les lavages, celle-ci est bourrée de gaze soit iodoformée, soit salolée.

8 mai. — Une portion de la paroi interne du kyste se détache. Une nouvelle loge se vide. Les jours suivants on fait le pansement deux fois par jour, le pus est toujours en grande quantité ; il se détache toujours quelques parcelles du kyste.

L'appétit diminue, devient capricieux et la malade maigrit.

Du 8 mai au 18 juin, la température a été très variable, le 15 mai, elle a été de 40°5, puis elle est retombée à 38 ; la courbe est très irrégulière, la température du soir dépasse d'un degré celle du matin. La poche kystique sécrète toujours une abondante quantité de liquide purulent, sa capacité lentement diminue.

18 juin. — La malade éprouve une douleur dans la jambe gauche, elle est enflée et douloureuse sur le trajet de la veine fémorale : l'œdème est considérable. Traces d'albumine dans les urines.
T. 37,8 m. 40 s.

L'état local reste toujours le même, malgré les plus grands soins qu'on met à désinfecter et à laver la poche suppurante. L'antiseptique employé est la créoline.

25 juin : La malade tousse et expectore des crachats muco-purulents. A l'auscultation on perçoit des râles sibilants et sous-crépittants aux deux sommets. L'œdème de la jambe tend à disparaître. T. 38 m. 40 s. La capacité de la poche est notablement réduite.

30 juin : La malade tousse un peu moins et crache moins. Appétit toujours nul. Etat hectique prononcé.

27 juillet. La température s'élève à 40°6 ; le pouls à 120. Il se produit autour de la plaie une rougeur avec gonflement œdémateux, douloureux qui s'étend vers la cuisse gauche ; le lendemain, il gagne la vulve ; puis la fesse et la région lombaire. La malade est prise en même temps de vomissements et d'un grand abattement. Il s'est déclaré un *érysipèle*. La malade succombe à cette complication.

L'autopsie n'a pu être faite.

TABLEAUX D'OBSERVATIONS

TABLEAU I

Opérations

N° D'ORDRE	OPÉRATEUR — LIEU de publication	DATE de l'opération	AGE.	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT — ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste. — DIAGNOSTIC.	COTÉ
1	Guyon, revue de chirurg., 1881, p. 626.	Janvier 1880	16	Douleurs depuis 4 ans. — Règles irrégulières. — Fièvres. — Poussées inflammatoires. — Affection utérine. — Début il y a 6 mois.	Ponction en novembre 1879.	Dermoïde. — Liquide sirupeux.	»
2	Perier, revue de chirurgie, 1881, p. 633.	Juin 1880	»	Affection utérine. — Début il y a 6 mois.	»	Utérus renversé en arrière. — La tumeur occupe le cul de sac vesico-utérin. Kyste à parois végétantes. Multiloculaire.	Droit.
3	Winckel, Path. der Weibl. Sex. Org. p. 364.	1880	34	Un enfant.	Deux ponctions	Multiloculaire.	Droit.
4	W. Tauffer, Wien. Méd. Wochen, janvier 1883.	Février 1882	45	Femme mariée. —	Deux ponctions	Extrapéritonéal.	»
5	W. Tauffer, Wien. Méd. Wochen, 1885.	1882	47	Mariée.	»	Parois très vascul. — Grosseur du poing.	Gauche
6	Id.	1882	22	Non mariée. — Hématome ancien dans le ligament large droit	»	»	Gauche
7	Olshausen, in Pitha et Bilioth.	»	30	»	»	Tumeurs indépendantes. — Kystes papillaires en dégénérescence.	Deux ovaires
8	Id.	»	32	Non mariée. — Début il y a 3 ans. — Ascite.	Ponctions.	Liquide colloïde. — Kystes papillaires.	Deux ovaires
9	W. Tauffer, Wien. Méd. Wochen, 1885, n° 3.	1884	41	Mariée.	0	Multiloculaire.	Gauche

incomplètes.

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.

ADHÉRENCES.	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Profondes et solidés avec la paroi et l'intestin.	Incision du kyste qui contient une masse graisseuse, ossiforme. — On suture les parois du kyste réséqué à la plaie par 10 fils après grattage de la poche.	3 drains dans la plaie.	Guérison. Fistule abdominale.	La fistule persiste.
Entre la tumeur et l'utérus.	Excision de la poche. — Suture à la plaie abdominale. — Ligature sur la trompe.	4 tubes dans la plaie.	Guérison. Fistule abdominale.	"
Dans le bassin.	Extirpation partielle. — Le kyste est fixé à la paroi abdominale.	Drainage.	Guérison après 2 mois.	"
"	Ne se laisse enlever qu'en partie. — Portion restante suturée à la plaie abdominale.	Drainage à travers le cul de sac de Douglas et le vagin.	Guérison. — La fistule persiste.	Intoxication iodoformée.
"	La partie restante est suturée à la plaie.	Drainage.	Guérison après 3 mois.	"
En partie extrapéritonéales. Avec les parties voisines.	Ouverture de l'hématome par le vagin. — Extirpation du kyste. — Opération difficile. — Durée 1 h. 40.	Drainage vaginal.	Guérison.	
Adhérences à l'utérus et à tout le bassin.	Extirpation partielle.	"	"	Les papilles ont envahi le péritoine du bassin jusqu'au vagin et à l'anus.
Inclusions complètes. — Adhérences pelviennes.	On fait le drainage abdominal. — Suppuration.	Drainage abdominal.	Mort.	Septicémie.
Adhérences utérines. — Réseau veineux dans le péritoine entourant.	Enucléation partielle. — Capsule en partie enlevée. — Ovaire droit kystique enlevé.	Drainage abdominal.	Guérison.	Abscès de la paroi.

TABLEAU II

Opérations

N° D'ORDRE	OPÉRATEUR — LIEU de publication	DATE de L'OPÉRATION	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection	TRAITEMENT — ANTÉRIEUR	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC	COTÉ
10	Terrillon, Revue de chirurg. 1884.	»	26 ans	Pas d'enfants.	»	Kyste paraovarien in- filtré dans le liga- ment large.	Droit.
11	Id.	»	56	Un enfant. Début : 6 ans.	»	Deux kystes multilo- culaires infiltrés dans le ligament large.	Gauche ne put être enlevé
12	Id.	»	32	Sans enfants. Début il y a 3 ans.	»	Inclusion totale dans le ligament large.	»
13	Terrillon, Bullet. général de Thé- rapeutique, 1887.	Mars 1886	21	Pas d'enfants. Début il y a 8 mois.	»	Kyste inclus dans le ligament large.	»
14	Bulletin général de thérapeuti- que, 1887.	15 mai 1886	32	Un enfant.	»	Kyste proéminent dans le cul de sac droit.	Droit.
15	Id.	Mai 1886	13	Début il y a 2 ans.	Accidents de péritonite phlébite dou- ble des jam- bes.	Kyste adhérent.	»
16	Id.	27 juill. 1886	33	Cinq enfants. Début : 3 mois.	»	Kyste paraovarien in- clus.	»
17	Terrillon, Bullet. général de théra- peutique, 1888.		55	2 enfants.	Ponction : liq. brun choco- lat.	Kyste adhérent.	»
18	Terrillon, Bullet. thérap. juin 1889.	»	39	Hémorragies abon- dantes.	»	Kyste adhérent à l'uté- rus.	»

incomplètes.

DÉTAIL DES OPÉRATIONS				
ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation	DRAINAGE	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
Profondes et solides.	Résection et décortication d'une partie de la poche. — Impossibilité d'enlever la partie profonde.	Drainage.	Guérison en 15 jours.	»
»	Perforation de la poche suppurante qui communique par là avec la gr. cavité péritonéale.	Ovariectomie incomplète	Mort le 23 ^e jour.	»
Adhérences totales	On fixe le kyste à la paroi.	Id.	Guérison.	Etat général bon.
Adhérences totales	Drainage par le vagin et l'abdomen. — Lavages journaliers. — Ovariectomie incomplète.	Drainage.	Guérison en 6 semaines.	Il reste une fistule.
Adhérences au bassin très vasculaires.	Enucléation impossible.	»	Guérison en 2 mois.	»
Adhérences de tous les côtés.	Il contient un liquide noir putrilagineux. — Ovariectomie incomplète.	4 gros drains.	Guérison en 3 mois.	»
Adhérences intimes.	La paroi du kyste se déchire. — Opération incomplète.	Un drain par l'abdomen et le vagin.	Guérison en 3 mois.	»
Adhérences dans le petit bassin.	Suture des bords du kyste à la plaie.	»	Guérison en 4 mois.	»
Adhérences très vasculaires de l'utérus.	Opér. incomplète.	»	Guérison en 2 mois.	»

TABLEAU III

Opérations

N° D'ORDRE	OPÉRATEUR — Lieu de publication	DATE de L'OPÉRATION	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT DE L'AFFECTION	TRAITEMENT ANTÉRIEUR —	NATURE DU KYSTE — Diagnostic	COTÉ —
19	Terrillon, Bullet. général de thérapeutiq., 30 juin 1889.	Mai 1888.	37	Douleurs. — Edème des jambes. — Amaigrissement.	»	»	»
20	Id.	»	53	»	»	Kyste paraovarien de l'ovaire droit.	Droit
21	Terrillon, id. 1884.	16 déc. 1882.	26	»	Une ponction 2 jours avant l'opération.	Kyste paraovarien uniloculaire	»
22	Id.	12 févr. 1883.	32	Pas d'enfants.	»	Kyste multilocul. à petites loges et parois végétantes.	»
23	Id.	2 mars 1884.	31	Pas d'enfants.	2 ponctions de 7 litres.	Paraovarien bilocul.	»
24	Terrillon, rev. chirurgie, 1888, p. 158.	»	22	»	»	»	»
25	Id.	»	40	»	»	Kyste uniloculaire.	»
26	Terrier.	»	»	»	1 ponction	Kyste multiloculaire suppuré.	»
27	Id.	»	»	»	»	Kyste multiloculaire végétant.	»
28	Polaillon, rev. chirurg., 1885.	»	32	»	Ponction et récidive.	Kyste paraovarien non inclus.	»

incomplètes.

DÉTAIL DES OPÉRATIONS				
ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
»	On laisse dans l'abdomen un morceau de la tumeur. — Durée 1 h. 14.	»	Guérison.	La fistule persiste 4 mois.
Kyste inclus.	Décortication incomplète. Durée 1 heure.	»	Guérison.	La fistule persiste 6 mois.
Infiltration dans le ligam. large.	Opération incomplète. — Drainage du péritoine. — Abscès de la paroi.	Drainage	Guérison.	»
Adhérences abdo- minales, épiploi- ques, intestinales	Ablation incomplète. — Durée 65 min.	»	Guérison.	Repullulation. Bon état en 1884.
Infiltration dans le ligam. large.	Ovariectomie incomplète. — Suppu- ration longue de la poche drainée.	»	Guérison.	Fistule longue.
Adhérences totales	Ovariectomie incomplète.	»	Mort 5 heures après l'opé- rat. de shock.	
Adhérences nom- breuses.	Ovariectomie incomplète.	»	Guérison.	
Adhérences.	Ovariectomie incomplète.	»	Morte d'urémie	
»	»	»	Morte de can- cer de l'épi- ploon 10 mois après.	
Adhérences très étendues.	Bords de la poche suturés à la pa- roi. — Guérison rapide.		Guérison en 25 jours.	Pas de fistule.

TABLEAU IV

Opérations

N° D'ORDRE	OPÉRATEURS — Lieu de publication.	DATE de l'OPÉRATION	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT DE L'AFFECTION	TRAITEMENT ANTÉRIEUR —	NATURE DU KYSTE — Diagnostic	COTÉ —
29	Terrillon, Bullet. soc. chir., 1884 et 1886.	»	31	Sans enfants. — Début 6 ans.	»	Kyste double infiltré à gauche dans le li- gam. large.	Gauche
30	Polaillon, rev. chi- rurg., 1885.	»	»	»	Ponction. Ré- cidence après trois ans.	Kyste paraovarien.	»
31	Terrier, rev. chi- rurg., 1886.	»	»	Début du kyste, 6 ans.	»	Kyste multiloculaire non inclus.	»
32	Id.	1 ^{er} mai 1884.	»	Vives douleurs dans le ventre.	Ponction.	Kyste non inclus.	?
33	Id.	12 juil. 1881.	64	Troubles gastriques. Pesanteur de la ves- sie, du rectum. Dou- leurs. Vierge.	Ponction, 7 li- tres de liq. brunâtre.	Kyste non inclus mul- tiloculaire.	?
34	Id.	17 juin 1881.	38	Un enfant.	»	Kyste uniloculaire pa- raovarien.	?
35	Guyon, rev. chi- rurgie., 1881.	Janv. 1880.	16	Douleurs depuis 1 ans; règles irrégulières, fièvre. — Affection utérine depuis 6 mois.	Ponction en no- vembre 1879.	Kyste dermoïde. — Liquide sirupeux.	?
36	Terrier, rev. chi- rurg., 1888.	16 mai 1886.	»	»	Ponction, 3 li- tres de liqui- de.	Kyste inclus dans le ligament large.	»
37	Péan, leçons cliniq. chirurgie., 1886.	1 ^{er} fév. 1883.	24	Religieuse.	Une ponction 3 litres de pus.	Ligament large et fond du bassin.	Gauche

incomplètes.

DÉTAIL DES OPÉRATIONS

ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE	RÉSULTATS	OBSERVATIONS.
Adhérences très fortes dans le petit bassin.	Incision de la poche. — Suture et drainage vaginal.	Drainage vaginal.	Guérison en 2 mois.	
Pas d'inclusion.	Suture du fond du kyste à la paroi.	»	Guérison.	
Adhérences avec tous les organes du bassin.	Le kyste est déchiré par les tractions. — Les kystes multiples sont déchirés et mis en communication les uns avec les autres. — Opérat. incomplète.	»	Guérison.	La poche se ferma en 5 mois et se remplit de bourgeons. — Récidive probable.
Adhérences avec l'utérus, le colon ascendant, l'S iliaque.	Adhérences impossibles à déchirer. Ablation incomplète.	»	Guérison.	Trajet fistuleux persiste jusqu'en 1885.
Adhérences à la vessie, au rectum.	Tumeurs cancéreuses de l'épiploon, du mésentère et granulations sur l'intestin, ablation incomplète.		Mort au 4 ^e jour d'épuisement.	
Adhérences très étendues.	Ablation partielle.	»	Guérison.	Santé bonne.
Avec la paroi de la colonne lombaire et l'excavation.	Enucléation impossible. — On suture les parois du kyste à la plaie par 10 fils. — Les loges kystiques sont déchirées.	Drainage 4 drains.	Guérison.	Fistule persistante.
Adhérences de tous côtés.	Végétations solides intrakystiques. — Suture de la poche à la paroi.	Drain de 18 centim.	Guérison.	Fistule persistante. — Mort 1 mois après généralisation du néoplasme.
Pas d'adhérences pariétales. — Adhérences intimes avec le plancher du bassin et le ligament large.	Impossible de tenter la dissection. — Traitement par suppuration. — 18 sutures. — La poche n'est pas végétante. — Durée : 35 minutes.	Drainage.	Guérison.	La guérison ne s'est pas démentie 2 ans après.

Résultats de l'ovariotomie incomplète.

Les résultats sont immédiats ou secondaires.

La mort est rare dans les quelques heures ou les quelques jours qui suivent l'opération. Dans ces cas la cause de la mort est la même que dans les ovariectomies simples; sur 9 cas de décès aussitôt après l'opération la malade a succombé une fois par suite du shock (5 heures après l'opération) et une fois par suite d'épuisement (4 jours après). Il faut avouer que souvent les auteurs ne donnent pas de renseignements à ce sujet. La fièvre n'existe pas au début, elle ne commence qu'avec la suppuration. Bref la malade aussitôt après l'opération se trouve dans les mêmes conditions que si on avait fait l'extirpation complète de son kyste.

La suppuration de la poche kystique commence quelques jours après son incision. Nous avons déjà fait remarquer que, en général, sous le premier pansement il n'y a pas de pus et que celui-ci n'apparaît que vers le sixième ou huitième jour. On pourra nous objecter que le pus existe déjà à cette époque, mais qu'il est collecté dans la profondeur de la poche, nous ne le croyons pas; la suppuration dans ces kystes est lente à se produire, c'est là le seul motif qui permette d'expliquer cette question.

Les injections antiseptiques favorisent-elles ou retardent-elles la production du pus? Dans les premiers jours qui suivent l'opération, les injections d'acide phénique ou de chlorure de zinc semblent favoriser

l'apparition de la suppuration; témoin l'observation de M. Heydenreich où celle-ci n'existait pas du tout et où elle apparut franchement après le lavage simple du drain dans de l'eau phéniquée, sans lavage de la poche.

Lorsque la suppuration est bien établie, contrairement au cas précédent, les injections dans la poche empêchent la décomposition de son contenu et abrègent la durée de la guérison.

Quant à la réaction fébrile qui accompagne la formation du pus, elle est de peu d'intensité et peut être nulle si la poche peut être maintenue aseptique.

On a exagéré beaucoup les caractères du pus contenu dans ces kystes opérés partiellement. Urdy a avancé qu'il se caractérisait par son abondance, par sa fétidité rappelant celle des matières fécales. Nous n'avons trouvé cités ces caractères dans aucune observation. Il nous a toujours semblé que ce pus était franc, de bonne nature et sans odeur empruntée aux matières fécales.

Nous dirons même plus, la quantité de pus sécrété n'est souvent pas en rapport avec l'étendue du kyste. On voit des poches de la capacité de quelques litres sécréter à peine quelques grammes de pus. Il est certain que la suppuration est très lente et que sa quantité influe beaucoup sur l'avenir de la guérison.

Sa durée est variable et elle dépend certainement de la nature des poches. Si le kyste est uniloculaire elle est tarie au bout de trois à quatre septenaires; s'il est multiloculaire ou si la poche suppurante pousse des prolongements dans le bassin, si elle forme des diverti-

cules, la suppuration peut durer des mois, des années même. Nos observations en font preuve. Hâtons-nous de dire qu'il suffit dans ces cas d'un petit gâteau de ouate hydrophille ou de charpie appliqué sur la fistule pour parer à cet inconvénient.

Résultats secondaires.

Dans toute opération le but que se propose le chirurgien est la guérison. Peut-on espérer arriver à ce résultat après l'ovariotomie incomplète? Nous croyons qu'il convient de s'entendre sur le mot guérison. Celle-ci en effet, peut-être simplement opératoire, elle peut être momentanée ou définitive. C'est là un point sur lequel les opérateurs négligent de donner des renseignements précis, le mot simple « guérison » se voit dans leurs statistiques sans aperçu de l'état de la malade à ce moment, aussi faut-il être circonspect dans l'appréciation des résultats.

Nous examinerons si la guérison est complète ou incomplète et dans quelles variétés de kystes on l'obtient.

Nous ne publierons pas des statistiques en masse, ce qu'il importe de connaître, au point de vue du résultat, c'est la nature du kyste. Olshausen publiant des statistiques d'opération incomplète néglige ce détail. Il signale que Rokitansky a fait 6 opérations inachevées ; Howitz en a fait 4 ; Charles de Braun 3 et Tauffer 4. Ces résultats n'ont aucune valeur, il est de toute nécessité, pour apprécier ce procédé, de savoir sur quelles espèces de poches ont porté les opérations.

Dans les poches uniloculaires simplement adhérentes ou appartenant à des kystes paraovariens inclus dans le ligament large, la guérison est en général complète c'est-à-dire que l'incision abdominale est totalement bouchée ; il n'y a pas de fistule.

Péan sur 12 cas de kystes uniloculaires traités par la suppuration a eu 11 succès et une fistule. Dans nos observations sur 7 cas semblables il y a eu une fistule. Lorsque le kyste est biloculaire ; si on ne peut pas rompre la cloison de séparation, la guérison est déjà retardée. Sur un cas de poche biloculaire nous signalons une fistule. Cependant en général la guérison peut-être complète, elle l'est même souvent.

Dans les kystes multiloculaires il y a lieu d'établir des distinctions. Le kyste peut être franchement multiloculaire c'est-à-dire que la poche est séparée en plusieurs loges bien séparées ; anatomiquement et cliniquement le kyste est multiloculaire. Mais un autre cas peut se présenter : la poche peut former une grande cavité, dans les parois de laquelle on trouve de petites poches microscopiques. Cliniquement parlant cet kyste est uniloculaire et la suppuration de la face interne de paroi de la grande cavité atrophiera les petits kystes qui y sont enclavés. Au point de vue anatomique au contraire la poche est multiloculaire. Cette division, due à M. Terrier n'a pas grande importance au point de vue pratique et nous n'envisagerons que les kystes anatomiquement et cliniquement multiloculaires.

Sur 8 kystes multiloculaires opérés incomplètement, que nous voyons figurer dans notre statistique, nous

remarquons 1 mort, 2 fistules et 6 guérisons supposées complètes puisque les auteurs ne parlent pas de trajet fistuleux. On voit donc que la guérison complète est possible, contrairement à l'opinion de Koeberlé qui affirme que les kystes multiloculaires ne donnent jamais lieu à une guérison définitive. Il faut bien dire que dans tous les cas on a appliqué le procédé de Péan qui consiste à déchirer avec la main toutes les cloisons secondaires.

Quant aux kystes inclus il n'est pas besoin de leur appliquer de statistique spéciale, ils rentrent dans le cadre commun suivant qu'ils ont une ou plusieurs loges.

Remarquons simplement que les kystes inclus poussant fréquemment des prolongements dans le petit bassin, le drainage est moins facile à cause des diverticulus de la poche ; il s'en suit que la suppuration est de plus longue durée.

Nous en arrivons à cette variété de kystes qui revêtent des allures de tumeurs malignes et font le désespoir des opérateurs par suite de leur tendance à la repullulation. Dans ces cas les résultats sont moins favorables, sur 9 cas que nous possédons, la mort est survenu 5 fois, il y a eu 2 fois une fistule. Les suites sont restées inconnues une fois par suite de la sortie de la malade, ce ne sont pas là des résultats qui plaident en faveur de l'ovariotomie incomplète et précisément ce qui jette le discrédit sur cette opération c'est que souvent elle est pratiquée sur des kystes végétants. Dans ces cas le résultat est facile à prévoir : les végétations de la paroi de la poche ne tardent pas à envahir la plaie abdo-

minale; de là une causé de fistule et la permanence de la suppuration. Il s'agit là, en effet, d'une tumeur épithéliale, d'un épithélioma comme l'ont très bien démontré MM. Malassez et de Sinéty (1), et la végétation de ce néoplasme peut se faire non seulement sur place, mais elle peut envahir l'ovaire sain, le péritoine et les organes du bassin et de l'abdomen.

Le pronostic de l'ovariotomie incomplète est très sombre dans de pareils cas. La guérison complète est tout à fait impossible et la généralisation de la tumeur ou l'existence d'une fistule intarissable sont des complications auxquelles il faut s'attendre.

Ce qui caractérise ces fistules abdominales en général, c'est la lenteur de la guérison et la difficulté de leur traitement. C'est en vain que l'on pratique des cautérisations du trajet avec des agents modificateurs, celui-ci persiste tant que la suppuration n'est pas tarie. En résulte-t-il sur l'état général de la malade une influence aussi nuisible que certains opérateurs l'ont affirmé? Dans les kystes végétants, l'aspect sanieux, le bourgeonnement de cette fistule, sa durée indéterminée et l'affaiblissement graduel des forces de la malade laissent prévoir que la mort sera la seule terminaison de l'affection. Mais il existe un grand nombre de cas où les malades ont conservé pendant longtemps des fistules intarissables, tout en gardant un état général excellent et en vaquant à leurs opérations; il s'agissait

(1) Malassez et de Sinéty, -- Archiv. Phys. 1875 page 132.

alors de kystes multiloculaires sans tendance aucune à la végétation.

Il semble que la fistule soit une complication forcée des kystes végétants; il n'en est rien, cependant.

Il existe des observations où, après l'ablation incomplète d'un kyste de ce genre, la plaie opératoire s'est complètement fermée, ce qui n'a pas empêché les végétations de proliférer sous la cicatrice. Un pareil résultat se rencontre rarement. Il est cependant bon de noter la possibilité du fait.

En raison de ces différentes considérations, on comprend toute l'importance qu'il y a à bien préciser la nature des poches kystiques; le pronostic varie du tout au tout suivant que celles-ci sont simples ou affectent l'allure de productions malignes. Aussi, pour apprécier justement les résultats de l'ovariotomie incomplète est-il de toute nécessité de s'enquérir de ces détails.

En somme, si cette opération donne de mauvais résultats lorsqu'on consulte les statistiques en général; elle n'est pas à rejeter, si on étudie le détail de chaque cas. Et, du reste, les difficultés opératoires doivent être bien prises en considération; lorsque le chirurgien se décide à employer ce pis-aller, il a déjà tenté de détacher les adhérences, il a déjà causé des pertes de sang sérieuses, de plus, la malade est affaiblie. On comprend facilement que le résultat doit se ressentir de toutes ces péripéties opératoires.

Aussi est-il bon de ne pas trop tirailler les adhérences, d'éviter de déchirer la paroi de la poche kystique et de se décider le plus tôt possible à pratiquer l'ova-

riotomie incomplète, lorsque la situation l'exige. On comprend facilement la gravité du pronostic, lorsque l'opérateur a déjà tenté des manœuvres opératoires de toutes sortes sur le kyste et que, fatigué de faire des tentatives infructueuses, il se résoud à abandonner la décortication et à faire la suture de la poche à la plaie abdominale. Les conditions opératoires sont mauvaises du côté de la tumeur et du côté de l'opérée il n'est pas étonnant que le résultat s'en ressente.

Indications de l'ovariotomie incomplète.

Les indications de l'ovariotomie incomplète ne se posent pas avant l'opération, elles n'existent pas dans l'esprit du chirurgien, elles lui sont suggérées par les difficultés de toutes sortes qui surgissent pendant l'opération. Aussi énumérer les causes qui s'opposent à l'ablation totale c'est faire par là même le relevé des indications des ovariotomies incomplètes. Ce relevé nous l'avons déjà fait en étudiant les variétés des adhérences ; aussi nous n'insisterons pas, sous peine de nous répéter.

L'opération incomplète ne doit être employée que par un chirurgien qui tente une ovariotomie difficile et qui, arrêté par des adhérences trop intimes et trop vasculaires, ne peut songer à terminer l'opération sans exposer la malade à une hémorrhagie grave et difficile à arrêter. Il y a indication de même lorsque le kyste adhère fortement à des viscères, qui seront par suite de cette irritation violente, sous le coup d'une inflam-

mation traumatique consécutive, capable de compromettre gravement et souvent fatalement la vie de la malade : les kystes inclus dans les feuillets du ligament large, sont souvent dans ce cas.

Lorsqu'il n'y a pas possibilité d'extirper complètement le kyste, l'ablation incomplète présente deux avantages certains sur l'abstention de toute opération : 1^o elle permet l'ablation partielle de la tumeur ; 2^o elle diminue le volume de la poche soumise à la suppuration : ce sont là deux points qu'il convient de noter.

Nous devons prévoir une objection qui pourrait nous être faite.

Il y a un grand nombre de cas où il existait des adhérences très solides, très vasculaires, avec l'utérus, avec la vessie, l'intestin ; où la paroi du kyste était très friable, et où il y eut même des ruptures du kyste par suite des tractions. On a fait dans de pareils cas l'ovariotomie complète et la malade a guéri. On nous demandera donc de déterminer d'une façon précise dans quels cas il faudra poursuivre l'opération. Là est la question difficile. Nous croyons qu'il est impossible de poser des lois à ce sujet, il y a là une question personnelle d'opérateur, d'habileté et de pratique. Certains chirurgiens feront une opération incomplète là où un confrère plus téméraire ferait une opération complète. Il est cependant des cas où tous les opérateurs s'accordent à proclamer la nécessité de l'ovariotomie incomplète. Bref on ne saurait faire de ce procédé opératoire une méthode générale mais il faut l'appliquer aux cas qui ne sont pas justiciables de l'ablation totale du kyste.

Contre-indications.

Il va sans dire que l'ovariotomie incomplète est contreindiquée toutes les fois qu'il y a possibilité d'extirper le kyste même au prix de quelques dangers.

En somme les contre-indications sont très restreintes et il n'y a que deux cas où cette opération ne soit pas praticable.

1° Lorsque la tumeur kystique est franchement de nature épithéliale, qu'il existe en même temps un cancer généralisé aux différents organes du bassin et de l'abdomen, nous croyons qu'une opération même partielle ne doit pas être tentée. Dans ce cas le chirurgien doit se contenter de refermer le ventre après avoir vidé l'ascite qui accompagne souvent ce genre de kystes : Péan (1) a eu deux fois l'occasion de se conduire de la sorte.

Observation. — Cancer des ovaires généralisé au péritoine

Madame X... a été réglée à 12 ans, s'est mariée à 16 ans, a eu trois enfants. Début d'un kyste ovarique reconnu il y a six mois. Développement rapide. Ponction il y a dix jours a donné dix litres de liquide clair visqueux qui analysé a fait croire à une tumeur bénigne. J'avais diagnostiqué seul : cancer diffus du péritoine.

Opération le 17 Juin 1885. — Incision moyenne, donne issue à 15 litres d'ascite brunâtre, poisseuse Hémophilie de la paroi abdominale. Le liquide était semblable à celui des kystes bénins. Nous trouvons les ovaires et l'utérus couverts de masses kystiques, encé-

(1) Péan. -- Leçons de cliniq. chirurg, 1886.

phaloïdes et tous les visières abdominaux masqués par des granulations et des amas cancéreux.

Ablation impossible. Fermeture du ventre. Drainage du péritoine pendant 48 heures. La malade quitte le service quinze jours après cette incision exploratrice.

Observation. — Cancer des deux ovaires et du péritoine.

Madame X..., âgée de 34 ans, a été réglée à 12 ans ; deux enfants. Névrosisme. Souffre depuis 15 mois. A partir de cette époque règles irrégulières ; le ventre se développe graduellement. Incision exploratrice donnant issue à 20 litres de liquide ascitique, couleur groseille, louche. Au fond du bassin on voit l'utérus et les ovaires dégénérés, couverts de masses adhérentes, blanchâtres, squirreuses et encephaloïdes par place du volume d'un pois à celui d'un œuf de dinde. Sur tout le péritoine pelvien, on voit des productions papilliformes, groupées en ilots, entre le fond utérin, qui en est couvert, les ovaires, les trompes hypertrophiées et chroniquement enflammées. Sur différents points du péritoine pariétale il y a des productions épithéliales de même nature.

On vide l'ascite et on se borne à refermer le ventre. La malade retourne chez elle le dixième jour.

2° Quand l'opérateur se trouve en présence d'un kyste dermoïde petit, intrapelvien, impossible à énucléer, il ne doit pas tenter l'ovariotomie incomplète ; la plaie abdominale ne pouvant être mise en rapport avec la tumeur. Il doit se borner à fermer le ventre aussi rapidement que possible et à pratiquer si les accidents l'y forcent, l'incision vaginale suivie du drainage de la cavité kystique.

Notons que le cas précédent est très rare.

(1) Péau. -- Lec. de cliniq. chirur. 1885.

CONCLUSION

Les adhérences sont le résultat d'une inflammation adhésive ; la condition de leur formation est la chute de l'épithélium, les frottements, le volume, l'ancienneté du kyste favorisent leur production.

Le siège des adhérences est variable, tous les organes du bassin peuvent avoir des connexions intimes avec le kyste.

Le diagnostic des adhérences est difficile, souvent illusoire. Il est possible de prévoir des adhérences pariétales, mais impossible de diagnostiquer des adhérences viscérales si ce n'est avec l'utérus. Les causes déterminantes de la production d'adhérences sont les ponctions antérieures et multiples, les poussées de péritonite localisée, la torsion du pédicule, l'ancienneté du kyste.

La grande étendue, la vascularité des adhérences aggravent le pronostic de l'ovariotomie.

Il existe des adhérences que le chirurgien ne peut pas séparer du kyste sans danger sérieux pour l'opérée. Si elles sont fibreuses, si leur dissection s'accompagne d'une grande perte de sang ; il est indiqué de recourir à l'ablation incomplète du kyste.

Cette opération ne doit pas être rejetée de parti pris, tout dépend de la nature de la poche kystique.

Si le kyste est uniloculaire la guérison peut être complète et le résultat excellent. Si le kyste est multiloculaire, on peut obtenir la guérison à la condition de détruire les cloisons qui divisent la loge kystique. Si on peut transformer le kyste multiloculaire en kyste uniloculaire, la guérison complète est fréquemment assurée.

Si les parois de la poche sont tapissées de végétations, celles-ci peuvent continuer à végéter après l'opération, mais cette marche peut être retardée par les méthodes que nous avons décrites.

La fistule est une complication fréquente des ovariotomies incomplètes, elle peut entraîner la mort de la malade par la persistance de la suppuration et la septicémie ; souvent elle ne nuit en rien à l'état général de celle qui la porte, il suffit pour cela qu'elle soit de petite dimension. La fistule est surtout fréquente dans les kystes végétants, elle est presque forcée ; cependant il y a des cas, rares il est vrai, où le trajet fistuleux s'est oblitéré alors que les végétations proliféraient au-dessous de lui.

L'ovariotomie incomplète est contreindiquée lorsqu'il s'agit d'un cancer généralisé à tous les organes du bassin ; elle l'est aussi lorsque le kyste non énucléable est trop petit pour pouvoir être suturé aux parois de la plaie abdominale.

Vu la difficulté des cas opératoires qui nécessitent l'ovariotomie incomplète, la mortalité n'est pas forte ;

elle n'existe vraiment que pour les kystes végétants dont la nature épithéliomateuse et maligne ne saurait être discutée.

Vu :

Le Président de la Thèse,

T. WEISS.

Vu :

et permis d'imprimer,

Nancy, le 18 janvier 1890.

Le Recteur,

M. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- W. ATLEE. — The américain Jour. of te Medicin sciences Janv. 1883 p. 119.
- BRAUN, — Wien-Médec. Wochenschrift 1886, in Olshausen.
- BUDIN. — Bullet. Soc. anatomique 1875, p, 710.
- CAZIN. — Bull. Ac. Médecine, 15 juin 1880.
- CASTANEDA Y TRIANA. — Thèse, Paris, 1882.
- CORNIL. — Diction Déchambre. — Adhérences.
- DUPLAY. — Bullet. Acad. Médecine, 1878, T, 7.
- GILLETTE. — Bulletin Soc. Chirurgie 1886, 3 mars.
- GROS-FILLAY. — Thèse, Paris, 1874. — Indications de l'ovariotomie.
- GUYON. — Revue chirurgie, 1881, p. 631.
- HEGAR et KALTENBACH. — Operative gynoecologie, 1881.
- JENTZER. — Archiv. Tocologie, mars 1889, p. 191.
- KOEBERLÉ. — Gazette hebdomadaire, 1868, p. 590.
- — Mémoires de l'Académie de médecine (1863-64), vol. XXVI, p, 329.
- — Dictionnaire de Jaccoud T. XXV, p. 532.
- KNOWSLEY-THORNTON. — Congrès de Copenhague, 1884.
- — In Rev. Chirurg. 1884.
- LASKOWSKI. — Thèse, Paris, 1867.
- LAWSON-TAIT. — Traité des maladies des ovaires, 1886.
- LEBEC — Gazette des hôpitaux, 25 septembre 1886.
26 mars 1888.
- LE DRAN. — Mémoires de l'Acad. de chirurgie. vol. III.

- LEFRANC. — Thèse, Nancy, 1886.
- LEROY. — Thèse, Paris, 1881, T. 14.
- LESŒUVRE. — Thèse, Paris, 1879.
- LEVEN. — Peterburgische, Médi-Zeitschrift (1873-74), in Thèse Leroy.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Bullet. de la Soc. de Chirurgie, 1^{er} octobre 1884.
- MARTIN. — Berlin-Klinisch-Wochenschrift, 1883. — P. 137.
— Étude clinique sur les maladies des femmes. — Traduction française 1889.
- MIGNON. — Thèse, Paris 1878.
- OLSHAUSEN. — Krankheiten der Ovarien in Deutsche Chirurgie-Band, 58, p. 165-323-327-261-299.
- OVION. — Thèse, Paris 1880.
- PÉAN. — Gazette des Hôpitaux, 25 nov. 1871.
— Leçons de cliniq. chirurgicale (1876-1878-1885-1886).
- POLAILLON. — Revue chirurg., 1885.
— Union médicale 1888 (1^{er} novembre).
- POUPINEL. — Thèse, Paris 1886.
- QUENU. — Thèse, Paris 1881.
- RÉCAMIER. — Rev. Méd., Paris, janvier 1839.
- SCHMITH. — Lancet (4 mars 1871).
- SCHROEDER. — Berlin.-Klinis.-Wochenschrift, 1882, n^{os} 16 et 17.
- SCHULTZE. — Centralblatt für Gynœc. 1879.
- SPENCER-WELLS. — Des tumeurs de l'ovaire, 1883.
- TERRIER. — Union médicale, 1886, T. I, p. 314.
— Revue chirurgie, 1881.
— Union médicale, 1887-88.
— Union médicale, 28 déc. 1886.
— Bulletin Soc. chirurgie 1884, 16 juillet.
— Bullet. Société chirurgie 4 juin 1883.
— Union médicale 1888, 3 juin.
— Bulletin général de Thérapeutique, déc. 1888, janv. 1888 et année 1887.

- Bullet. Soc. chirurgie 1875, p. 705.
1876, p. 872.
- Revue de chirurgie 1884-1885-1888-1889.
- TERRILLON. — Bullet. Soc. chirurg. 1884, p. 212.
- Revue chirurgie 1888-1881-1884.
- Leçons de clinique chirurgicale, 1889.
- TILLAUX. — Bullet. Soc. chirurgie 1875.
- URDY. — Thèse, Paris 1874.
- VAUTRIN. — Thèse, Nancy 1885. Des kystes interligamentaires.
- WALDEYER. — Des tumeurs épithéliales. — Arch. Gynœc., Berlin 1870.
- M^e WAITE. — Thèse, Paris 1883.
- WALSHAM. — Cité par Castaneda y triana.
- J. WEITT. — Berlin.-Klinis.-Wochenschrift, 1876, n^o 50, p. 717.
- WINCKEL. — Path. Weibl. sex. org., p. 356.
- CH. YTHIER. — Thèse, Paris 1888.
-

